

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

MANUAL DA QUALIDADE



ÍNDICE

1. APRESENTAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL DE VIANA DO CASTELO	3
1.1 Promulgação	3
1.2 Identificação da Instituição	4
1.2.1 Designação	4
1.2.2 Constituição e Identificação Fiscal	5
1.2.3 Instalações e Meios Humanos	5
1.2.4 Domínio de Actividade	5
1.3 Síntese Histórica	6
1.4 Sistema de Gestão da Qualidade - Âmbito e Campo de Aplicação	7
1.5 Missão/Visão/Política da Qualidade	7
Política da Qualidade	8
1.6 Objectivos Estratégicos	8
1.7 Responsabilidade, Autoridade e Comunicação	9
1.7.1 Responsabilidade e Autoridade	9
1.7.2 Representantes da Gestão	10
2. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	11
2.1 Estrutura Documental do SGQ da Associação de Paralisia Cerebral de Viana do Castelo	11
• Manual da Qualidade – Documento que especifica o Sistema de Gestão da Qualidade de uma organização.....	11
Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act)	12
2.2 Mapeamento dos Processos	13
2.3 Matriz de Interação dos Processos	14
2.4 Monitorização e Medição dos Processos	14
2.4.1 Indicadores de Desempenho dos Processos	14
2.4.2 Gestão dos Processos	15
2.5 Descrição dos Processos e sua Interligação	15
2.5.1 Estrutura Organizacional	15
2.5.2 Política e Objectivos da Qualidade	15
2.5.3 Processo Gestão e Melhoria	16
2.5.5 Processo Administrativo e Financeiro	16
2.5.6 Processo Aprovisionamento	16
2.5.7 Processo Recursos Humanos	17
2.5.8 Processo Manutenção	17
2.5.9 Processo Apoio Regime Ambulatório	17
2.5.10 Processo Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão	17
3 ANEXOS	18
3.1 Lista de Siglas	18
3.2 Gestores dos Processos Cláusulas e Lista de Documentos	19

1. APRESENTAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL DE VIANA DO CASTELO

1.1 Promulgação

O Manual da Qualidade reflecte o compromisso da *Associação de Paralisia Cerebral de Viana do Castelo* na adopção do Modelo de Gestão, para assegurar a qualidade dos serviços prestados.

Pretendemos ser uma instituição sustentável, com reconhecimento social. Pretendemos ser úteis e eficazes, gerando satisfação aos nossos clientes e a todas as outras partes interessadas. Queremos contribuir para uma sociedade inclusiva, capaz de contemplar sempre todas as condições humanas, encontrando meios para que cada cidadão, do mais privilegiado ao mais comprometido, exerça o direito de contribuir com seu melhor talento para o bem comum.

Para concretização destes objectivos, a *Associação de Paralisia Cerebral de Viana do Castelo* compromete-se de, a partir da identificação e caracterização das necessidades dos seus clientes, e tendo em consideração os requisitos que a legislação e os regulamentos instituídos pelas entidades financiadoras e reguladoras colocam, mobilizar as suas competências, recursos e processos de trabalho, prover apoios e intervenções multidisciplinares coordenadas e à medida para eliminar as barreiras sociais à inclusão, promover a habilitação das pessoas, garantindo oportunidades de realização dos seus direitos, numa lógica de intervenção baseada na comunidade, em cooperação com estruturas regulares.

O manual da qualidade refere os meios adoptados pela *APCVC* para assegurar a qualidade adequada dos serviços prestados constituindo o suporte documental da organização geral da instituição, das competências, atribuições, funções e procedimentos, que asseguram o cumprimento do conjunto de requisitos estabelecidos para o sistema de Gestão da Qualidade (SGQ).

Este manual permitirá a todos os colaboradores da *APCVC*, aos seus clientes, parceiros, entidades financiadoras e comunidade em geral, agirem eficazmente para que os objectivos da Instituição sejam alcançados.

A Direção declara a sua aprovação e assume o seu total comprometimento em garantir os meios materiais e humanos para a satisfação da estratégia de gestão de qualidade prescrita neste manual.

Santa Marta de Portuzelo, [20 de Dezembro de 2022](#)

O Presidente da Direção

João Avelino Freitas Meira

1.2 Identificação da Instituição

1.2.1 Designação

Sede:

Associação de Paralisia Cerebral de Viana do Castelo

Rua 25 de Abril, Nº 9

Santa Marta de Portuzelo

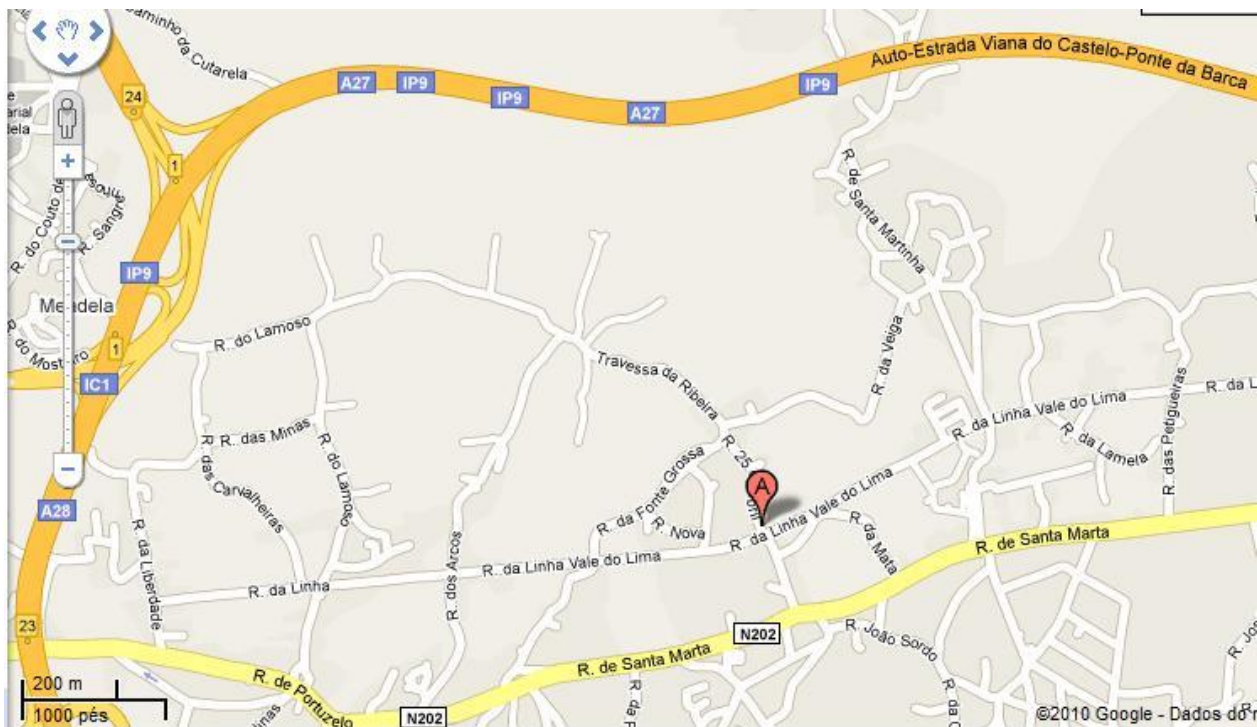
4925-010 Viana do Castelo

Telefone: 258 839 050

E-mail: geral@apcvc.pt

Web Site: www.apcvc.pt

Mapa de Localização:



A – Associação de Paralisia Cerebral de Viana do Castelo

1.2.2 Constituição e Identificação Fiscal

Estrutura Jurídica: Instituição Particular de Solidariedade Social Sem Fins Lucrativos

Bairro Fiscal: Viana do Castelo

Nº. Contribuinte: 516 121 332

1.2.3 Instalações e Meios Humanos

Número total de colaboradores: 51

Instalações físicas: 3 espaços:

ARA - Apoio em Regime Ambulatório,

CAVI – Centro de Apoio à Vida Independente,

CACI - *Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão*

1.2.4 Domínio de Actividade

Instituição Particular de Solidariedade Social Sem Fins Lucrativos, Instituição de Utilidade Pública

1.3 Síntese Histórica

A Associação de Paralisia Cerebral de Viana do Castelo, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social sem fins lucrativos (IPSS) que apoia crianças, jovens e adultos com Paralisia Cerebral e/ou outras situações Neurológicas Afins.

Em actividade desde Outubro de 2005 presta atendimento a cerca de 230 utentes no Apoio em Regime Ambulatório – ARA, 80 crianças no protocolo de Intervenção Precoce, e cerca 60 no protocolo de Centro de Recursos para a Inclusão. O projeto CAVI – Centro de Apoio à Vida Independente apoia 19 beneficiários e a nova resposta (2022) do CACI – Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão prevista para 30 utentes.

São exemplo de projectos desenvolvidos pela Associação de Paralisia Cerebral de Viana do Castelo:

- O apoio articulado com todas as escolas do distrito onde estejam crianças e jovens com paralisia cerebral integradas. Este tipo de articulação desenvolveu-se desde o início na resposta ARA da APCVC e reflecte-se nos programas de intervenção individual dos clientes (PII), nas acções de formação já desenvolvidas para a comunidade, incluindo os professores e educadores.
- Seminários da APCVC. Tendo ocorrido já vários ao longo dos anos.
- Apoio de Hipoterapia (em contexto próprio no exterior)
- Apoio de Hidroterapia (em contexto próprio no exterior)
- Resposta desportiva adaptada – Boccia
- Fins de semana / passeios com crianças, jovens e adultos clientes da APCVC.
- Comemorações do Dia Internacional da Pessoa com Deficiência (3 de Dezembro) em articulação com diversas instituições parceiras.
- Comemorações do Dia Nacional da Pessoa com Paralisia Cerebral (20 de Outubro) em articulação com diversas instituições parceiras e a FAPPC.
- Protocolo com a Fundação ALTICE (ex. Fundação PT) para apoio aos clientes da APCVC e a comunidade em geral para a inclusão digital de pessoas com deficiência ou incapacidades.
- Parceiro no projecto de cooperação com a Guiné Bissau (Cacheu), desde 2008.

1.4 Sistema de Gestão da Qualidade - Âmbito e Campo de Aplicação

O sistema de Gestão da Qualidade da Associação de Paralisia Cerebral de Viana do Castelo aplica-se à Resposta Social Apoio em Regime Ambulatório – ARA e também na nova resposta CACI – Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão. Na resposta social Intervenção precoce / ELI, não é possível a aplicação do sistema de qualidade devido as restrições impostas pelos ministérios que o tutelam.

Este manual explicita os objectivos de gestão da Qualidade considerados necessários para responder aos requisitos de Gestão da Qualidade decorrentes do referencial EQUASS Assurance.

1.5 Missão/Visão/Política da Qualidade

Missão

A APCVC é uma Instituição particular de solidariedade social, sem fins lucrativos, cuja missão é dar resposta às necessidades da pessoa com paralisia cerebral e situações neurológicas afins do distrito de Viana do Castelo.

Visão

Optimizar a qualidade do serviço prestado com vista a melhoria da qualidade de vida das pessoas com paralisia cerebral, visando ser uma organização de referência na habilitação e integração da pessoa com paralisia cerebral e situação neurológica afim.

A Missão está suportada nos seguintes **Valores**:

- Inclusão/inserção do cliente
- Comprometimento com a comunidade
- Trabalho em equipa multidisciplinar e transdisciplinar
- Melhoria contínua da qualidade dos serviços
- Inovação vocacionada para o cliente
- Ética e respeito na relação com o cliente; dignificação da pessoa com deficiência
- Promoção da qualidade de vida do cliente

Política da Qualidade

A obtenção da Qualidade nas actividades desenvolvidas e nos serviços prestados aos clientes pela Associação de Paralisia Cerebral de Viana do Castelo é um compromisso assumido e partilhado pela Direção e por todos os colaboradores da Instituição, mediante a aplicação dos princípios de serviço de solidariedade e os conceitos de trabalho em equipa e dos processos de melhoria contínua.

Através da qualificação, sensibilização e motivação dos nossos colaboradores para a excelência do serviço prestado e na orientação da gestão pelos princípios do desenvolvimento sustentável, o nosso objectivo é oferecer aos clientes serviços que satisfaçam as suas necessidades, acrescentando continuamente valor aos padrões globais da qualidade de vida.

O cumprimento dos requisitos do Modelo EQUASS e do Modelo de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais (elaborado pela Segurança Social) tem em vista a obtenção da Certificação da Qualidade baseada nestes requisitos e resulta de um projecto em que a Instituição acredita.

É nosso propósito consolidar o reconhecimento da Instituição como sendo das que apresentam mais altos indicadores de qualidade de vida do país.

Neste sentido, a nossa *Política da Qualidade* traduz-se nos seguintes *factores chave*:

- Oferta de serviços que vão de encontro às necessidades específicas de cada caso;
- Aposta na qualidade dos serviços (material, higiene, segurança das instalações, eficiência dos colaboradores, formação de pessoal, etc.);
- Fidelizar os actuais clientes através da qualidade dos serviços prestados;
- Estudar as associações de sucesso (benchmarking);
- Incentivar a participação dos colaboradores e clientes na estratégia da instituição;
- Manter e melhorar o relacionamento com os parceiros.

1.6 Objectivos Estratégicos

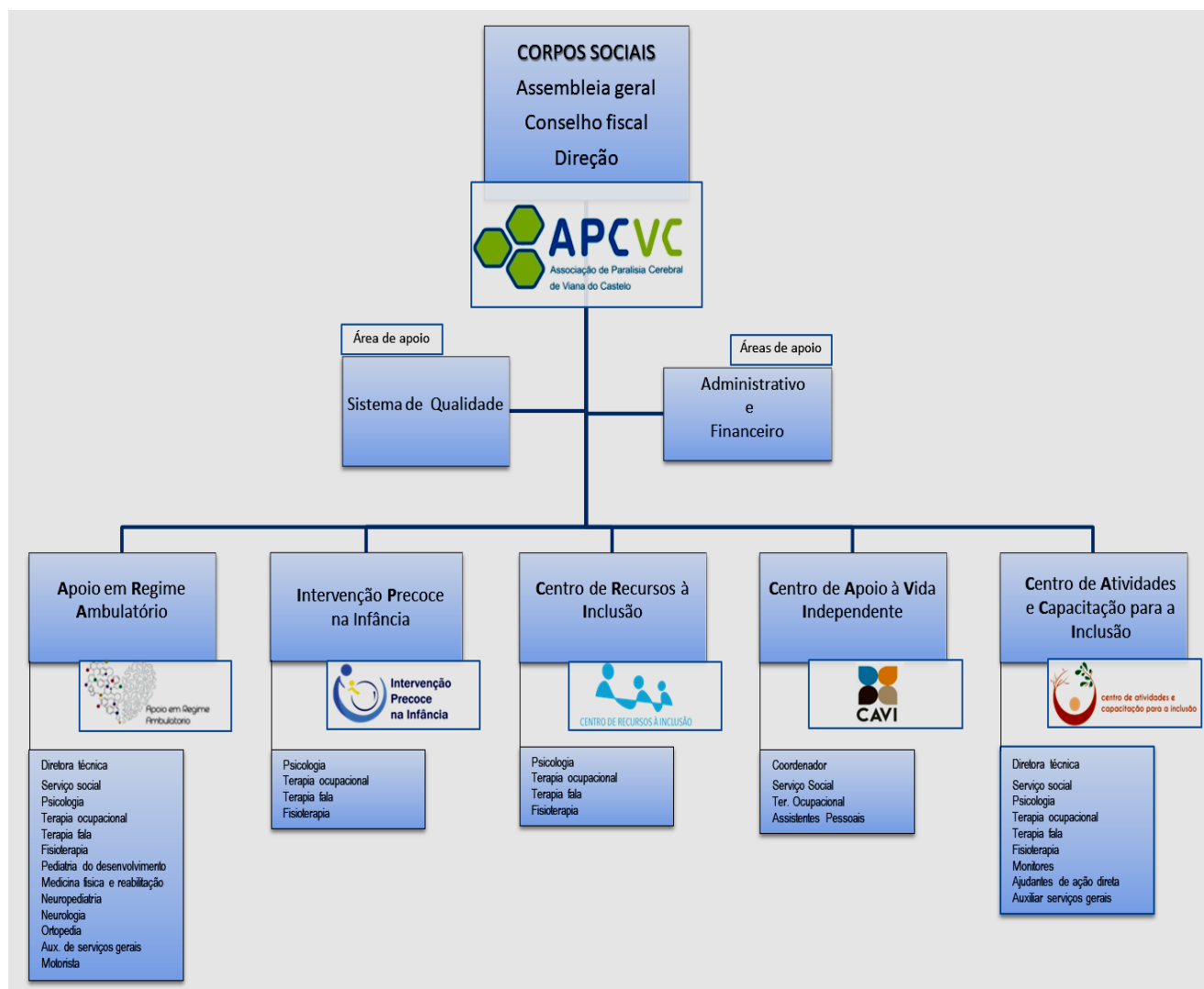
Os objectivos estratégicos da Associação de Paralisia Cerebral de Viana do Castelo reflectem-se no Plano Anual de Actividades, nomeadamente:

- A assegurar e melhorar as respostas prestadas na valência Apoio em Regime Ambulatório;
- A assegurar e melhorar as respostas prestadas na valência Centro de Actividades e Capacitação para a Inclusão.
- Elaborar e aprovar um projeto de construção de um Centro de Reabilitação que junte as diversas respostas sociais.

1.7 Responsabilidade, Autoridade e Comunicação

1.7.1 Responsabilidade e Autoridade

A autoridade e a relação mútua de todo o pessoal que gere, efectua e verifica o trabalho considerado relevante para o Sistema de Gestão da Qualidade, estão definidos nos Mapas de Processo. A estrutura hierárquica da **Associação de Paralisia Cerebral de Viana do Castelo** apresenta-se descrita no seguinte organograma:



1.7.2 Representantes da Gestão

A Direção nomeia como Representante da Gestão e Gestora da Qualidade **Filomena Araújo**, que assegura o estabelecimento, a implementação e manutenção dos processos necessários ao sistema de gestão da qualidade e de lhe reportar o seu desempenho e qualquer necessidade de melhoria.

1.7.3 Comunicação Interna

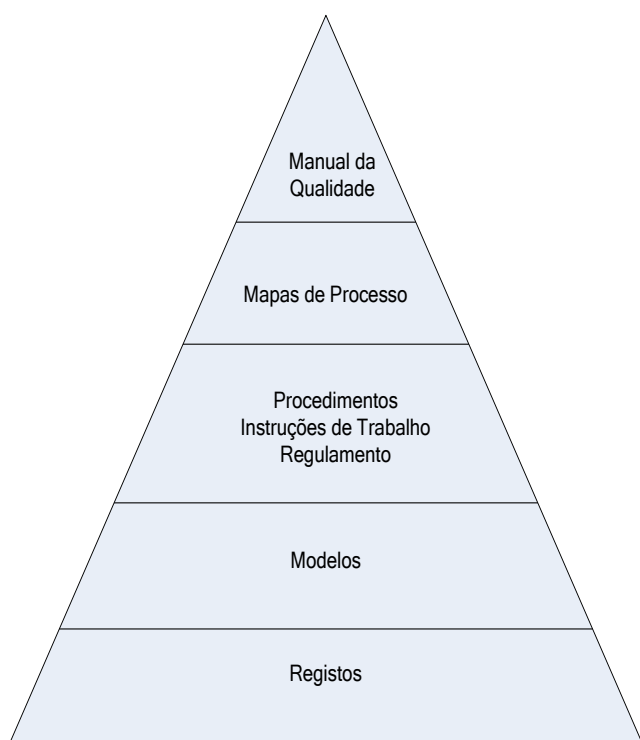
Os meios de comunicação utilizados na Associação de Paralisia Cerebral de Viana do Castelo para divulgação da informação relevante, nomeadamente no que respeita à qualidade, são:

- Recursos Humanos
- O conjunto de Modelos associados às Actividades da Instituição;
- Informações Internas;
- Actas de Reunião;
- Definição clara das saídas de cada actividade e qual o seu destinatário, garantindo assim que a informação chegará a quem dela necessita;
- Email / correio eletrónico
- Ofícios;
- Convocatórias.

2. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

2.1 Estrutura Documental do SGQ da Associação de Paralisia Cerebral de Viana do Castelo

- **Manual da Qualidade** – Documento que especifica o Sistema de Gestão da Qualidade de uma organização.

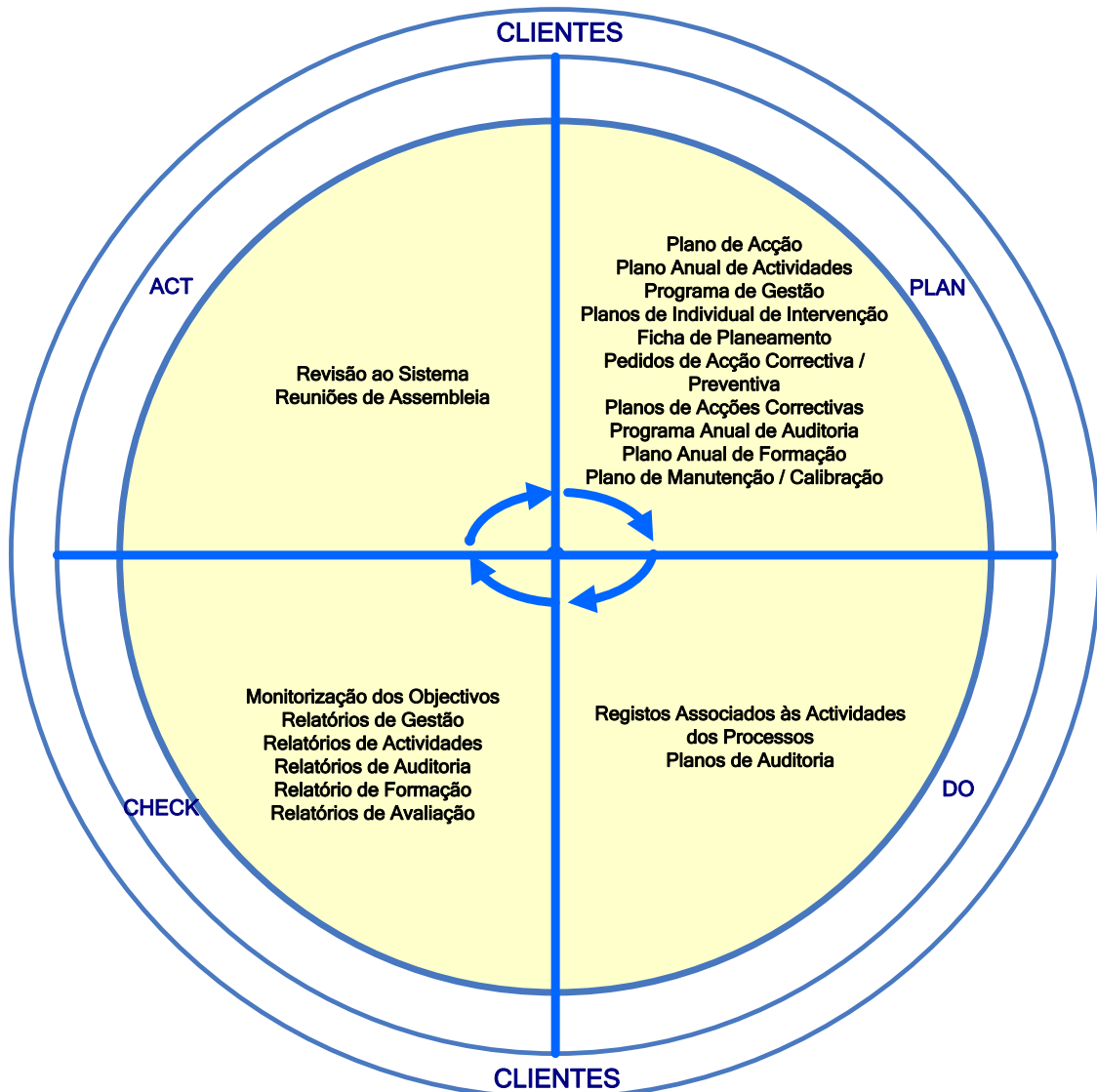


- **Mapas de Processo** – Documentos que descrevem os Processos da organização. Identificam as actividades (em fluxograma) e respectivas tarefas, responsabilidades sectoriais, funções dos recursos humanos alocados aos mesmos e entradas/saídas afectas às tarefas.
- **Procedimentos** – Documentos que descrevem actividades, os métodos de realização e gestão das mesmas.
- **Instruções de Trabalho** – Documentos que descrevem de forma detalhada como realizarem e registar as tarefas.
- **Regulamentos** – Documentos que regulam as actividades da Instituição.

- **Modelos** – Documentos utilizados para registar dados requeridos pelo Sistema de Gestão da Qualidade.
- **Registo** – Documento que expressa resultados obtidos ou fornece evidência das actividades realizadas.

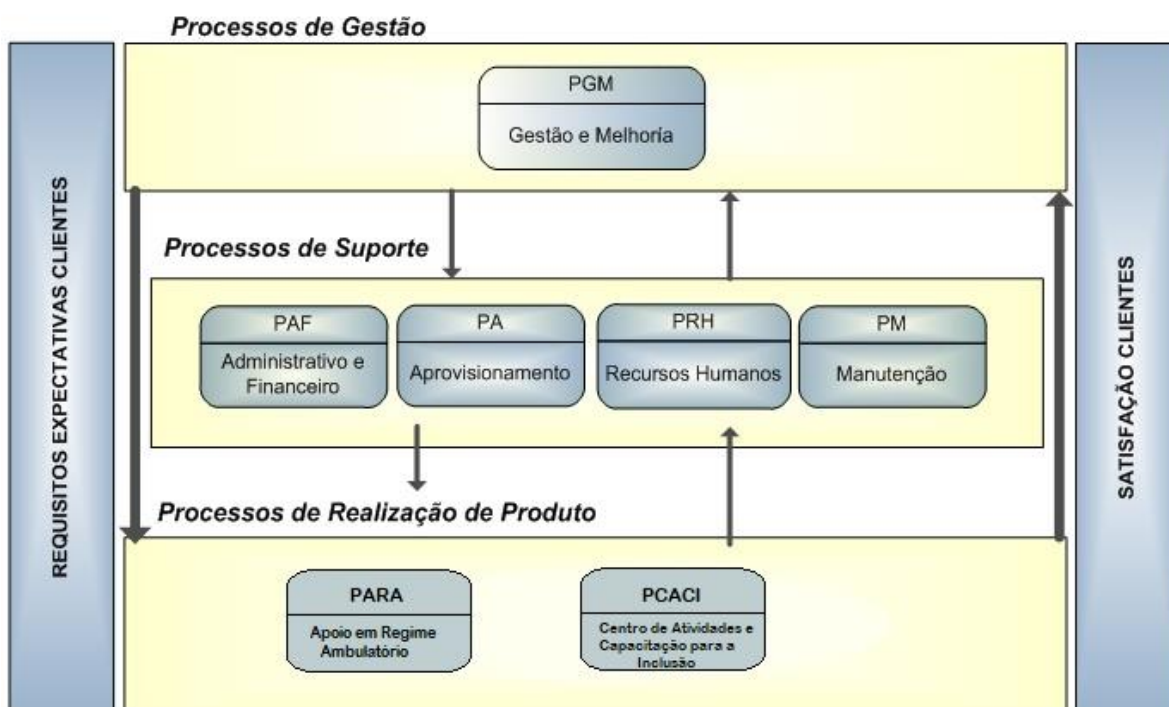
Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act)

A Instituição possui documentos que seguem uma lógica de ciclo, contemplando o seu planeamento, execução, monitorização/avaliação e acção de ajustamento (ciclo PDCA), como se pode verificar com o esquema abaixo apresentado.



2.2 Mapeamento dos Processos

Os processos necessários para o sistema de gestão da Instituição, sua sequência e interação estão definidos no modelo a seguir apresentado.



Com o presente modelo, pretende-se ainda reconhecer o Ciclo da Melhoria Contínua, que monitoriza e potencia as evoluções.

Para que seja possível a gestão sistemática de todos os processos identificados, a Instituição suporta todas as suas actividades num modelo comum. Neste sentido, e de forma a se reduzir à expressão mais simples de gestão, foram identificados para cada um dos processos: As Entradas e Saídas, os Objectivos (indicadores de monitorização), as actividades e tarefas associadas, e os meios envolvidos; devidamente documentados em “Mapas de Processo”.

Na figura abaixo (ponto 2.3) indicada está ilustrada a interação dos processos.

2.3 Matriz de Interação dos Processos

	PGM	PAF	PA	PRH	PM	PARA	PCACI
PGM		•△	•△	•△	•△	•△	•△
PAF	•△		•△	•△	•△	•△	•△
PA	•△	•△		•△	•△	•△	•△
PRH	•△	•△	•△		•△	•△	•△
PM	•△	•△	•△	•△		•△	•△
PARA	•△	•△	•△	•△	•△		
PCACI	•△	•△	•△	•△	•△		

Legenda: • - Entrada △ – Saídas

O esquema de leitura da Matriz é efectuado da esquerda para a direita. Assim, o Processo Gestão e Melhoria recebe (entrada) informação de todos os Processos do SGQ e produz (saída) informação para todos os Processos do SGQ.

PGM Processo Gestão e Melhoria

PA Processo Aprovisionamento

PRH Processo Recursos Humanos

PM Processo Manutenção

PARA Processo Regime de Ambulatório

PAF Processo Administrativo e Financeiro

PCACI Processo Centro Atividade CI

2.4 Monitorização e Medição dos Processos

2.4.1 Indicadores de Desempenho dos Processos

Os objectivos de cada Processo, indicadores, respectivas metas, frequência, responsáveis e ferramentas de suporte à monitorização estão definidos no Programa de Gestão.

A definição dos objectivos e o planeamento para o alcance dos mesmos são efectuados no início de cada ano (resultante da Revisão ao SGQ) pelos respectivos Gestores dos Processos e com a aprovação posterior do Representante da Gestão.

2.4.2 Gestão dos Processos

Cada processo tem o seu Gestor definido.

Compete ao Gestor do Processo:

- A definição do objectivo(s) do(s) processo(s), em harmonia com os Objectivos Estratégicos, definidos pela Direcção;
- Planear as acções necessárias para se atingir os objectivos definidos. Efectuar acompanhamento ao Planeado (*a anexar ao Relatório de Gestão*).
- A avaliação do grau de cumprimento dos objectivos; fazer análise crítica aos resultados obtidos, definir eventuais acções correctivas e/ou preventivas em função da análise efectuada (*a constar no Relatório de Gestão*);
- O tratamento de não conformidades internas e externas, relativas as actividades que integram o Processo de acordo com o procedimento interno (PQ.02);
- O envolvimento dos intervenientes do Processo, para os assuntos da Qualidade (ex: registo de não conformidades, aplicação do definido no Mapa do Processo);
- Participação nas auditorias da qualidade;
- A manutenção da documentação suporte do processo (ex. elaboração/revisão, arquivo, eliminação de obsoletos).

2.5 Descrição dos Processos e sua Interligação

2.5.1 Estrutura Organizacional

A Direcção define a estrutura hierárquica da organização, formalizada no organigrama geral. As responsabilidades dos colaboradores estão definidas nos Mapas de Processos e nos Procedimentos.

2.5.2 Política e Objectivos da Qualidade

A estratégia e as políticas gerais são definidas pela Direcção, bem como a Política da Qualidade e as metodologias que permitir-lhe-ão concretizar as directrizes delineadas.

A política da Qualidade é apresentada e divulgada a todos os colaboradores da Instituição assegurando-se, deste modo, que é compreendida, interiorizada e concretizada a todos os níveis da organização. A Política da Qualidade é revista periodicamente de forma a assegurar que se mantém adequada.

Com base na política da qualidade (visão e missão), a Direcção define os objectivos estratégicos da organização. Estes são traduzidos posteriormente, pelos Gestores dos Processos, nos objectivos dos processos. São estabelecidas metas a alcançar, compromissos e responsabilidades para se obter a melhoria contínua do Sistema de Gestão da Qualidade e um aumento da eficácia global da organização.

Os objetivos são divulgados da mesma forma que a Política da Qualidade.

Face aos objectivos estipulados define, sempre que considerado pertinente, as acções, meios /recursos necessários para a concretização desses objectivos.

Periodicamente, procede-se à avaliação da adequabilidade e eficiência das acções, meios /recursos necessários disponíveis, com base em indicadores. Este processo permite analisar o cumprimento dos objectivos inicialmente definidos, de forma a serem desencadeadas as acções necessárias e estabelecidos novos objectivos.

2.5.3 Processo Gestão e Melhoria

Este Processo integra as actividades da revisão ao SGQ, acompanhamento aos objectivos e a avaliação da satisfação dos Clientes. Tem como *inputs* todos os dados produzidos no SGQ e como *output* a melhoria do mesmo.

Assegura as actividades de Medição da Satisfação do Cliente, Dinamização do Registo e Tratamento de Não - Conformidades, a realização de Verificações ao estado do SGQ e a promoção de Auditorias Internas. Efectua o Tratamento de Dados tendo como suporte todos os inputs de medição (ex. resultados de indicadores dos Processos, Não – Conformidades, Auditorias Internas, Concepção e Desenvolvimento de novos serviços), no sentido de suportar o Processo Gestão na tomada de decisões e de lhe apresentar propostas de desenvolvimento organizacional.

De salientar as actividades de Gestão Documental e Dinamização de Registo e Tratamento de Não Conformidades, Acções Correctivas Preventivas previstas neste Processo, mas que suportam também todos os restantes Processos, ou seja, em todos os Processos há que arquivar e manter a sua documentação e, registar e tratar as Não - Conformidades relacionadas com as suas actividades.

2.5.5 Processo Administrativo e Financeiro

Este Processo estabelece as regras gerais para as actividades desenvolvidas pela Gestão Financeira, nomeadamente o tratamento da receita e da despesa, a reconciliações bancárias, a recepção e expedição de correspondência e assegura o atendimento presencial e telefónico.

2.5.6 Processo Aprovisionamento

Este Processo estabelece as regras gerais para a compra de produtos e serviços, controlo dos produtos à recepção, avaliação de fornecedores, gestão de stocks e pagamento a fornecedores.

2.5.7 Processo Recursos Humanos

Este Processo aplica-se às actividades de Recrutamento e Selecção de colaboradores, Processamento de Salários, Gestão das Férias, Gestão da Formação, Avaliação de Desempenho dos Recursos Humanos e Avaliação da Satisfação dos Colaboradores.

2.5.8 Processo Manutenção

Este Processo assegura as actividades de manutenção das instalações (incluindo, também, a higienização e limpeza), dos equipamentos e das viaturas utilizadas pelas valências da Instituição.

2.5.9 Processo Apoio Regime Ambulatório

Este Processo estabelece as regras gerais para o desempenho de todas as actividades associadas à valência, nomeadamente candidatura e admissão dos clientes, gestão da lista de espera, abertura do processo, elaboração do plano individual e dos planos de actividades, apoios [terapêuticos](#), [do serviço social](#); psicológico e cuidados pessoais e de saúde.

2.5.10 Processo Centro de Actividades e Capacitação para a Inclusão

Este Processo estabelece as regras gerais para o desempenho de todas as actividades associadas à valência, nomeadamente candidatura e admissão dos clientes, gestão da lista de espera, abertura do processo, elaboração do plano individual e dos planos de actividades, e regendo-se esta resposta social pela Portaria n.º 70/2021, de 26 março.

3 ANEXOS

3.1 Lista de Siglas

SGQ	Sistema da Gestão da Qualidade
D	Direcção
GP	Gestor de Processo
GQ	Gestor da Qualidade
APCVC	Associação de Paralisia Cerebral de Viana do Castelo
FA	Filomena Araújo
CR	Cidália Rocha
AS	Ana Silva

MP	Mapa de Processo
PQ	Procedimento da Qualidade
PGM	Processo Gestão e Melhoria
PA	Processo Aprovisionamento
PRH	Processo Recursos Humanos
PAF	Processo Administrativo e Financeiro
PM	Processo Manutenção
PARA	Processo Apoio Regime de Ambulatório
PCACI	Processo Centro Atividades Capacitação Inclusão

3.2 Gestores dos Processos Cláusulas e Lista de Documentos

PROCESSOS		GP	DOCUMENTOS ASSOCIADOS
PGM	Processo Gestão e Melhoria	FA	Manual da Qualidade, Código de Ética Mapa de Processo Gestão e Melhoria - MP.01 Procedimento Controlo de Documentos e Registos – PQ.01 Procedimento Tratamento de Produto não Conforme, Acções Correctivas/Preventivas – PQ.02 Procedimento Auditorias Internas – PQ.03 Procedimento Concepção e Desenvolvimento – PQ.04 Procedimento de Avaliação da Satisfação de Clientes e Familiares – PQ.09
PAF	Processo Administrativo e Financeiros	FA	Mapa de Processo Administrativo e Financeiro - MP.06 Procedimento Controlo de Documentos e Registos – PQ.01 Procedimento Tratamento de Produto não Conforme, Acções Correctivas/Preventivas – PQ.02
PA	Processo Aprovisionamento	CR	Mapa de Processo Aprovisionamento – MP.02 Procedimento Controlo de Documentos e Registos – PQ.01 Procedimento Tratamento de Produto não Conforme, Acções Correctivas/Preventivas – PQ.02 Procedimento Avaliação de Fornecedores - PQ.06 Instrução de Trabalho Recepção de Bens - IT.01

PROCESSOS		GP	DOCUMENTOS ASSOCIADOS
PRH	Processo Recursos Humanos	FA	<p>Mapa de Processo Recursos Humanos – MP.03</p> <p>Procedimento Controlo de Documentos e Registos – PQ.01</p> <p>Procedimento Tratamento de Produto não Conforme, Acções Correctivas/Preventivas – PQ.02</p> <p>Procedimento Formação - PQ.05</p> <p>Procedimento Avaliação do Desempenho - PQ.07</p> <p>Procedimento Avaliação da Satisfação dos Colaboradores - PQ.08</p> <p>Manual de Acolhimento</p> <p>Termo de Confidencialidade</p> <p>Ficha de Descrição de Funções</p>
PM	Processo Manutenção	CR	<p>Mapa de Processo Manutenção – MP.04</p> <p>Procedimento Controlo de Documentos e Registos – PQ.01</p> <p>Procedimento Tratamento de Produto não Conforme, Acções Correctivas/Preventivas – PQ.02</p>
PARA	Processo Apoio Regime Ambulatório	FA	<p>Mapa de Processo Apoio em Regime Ambulatório – MP.05</p> <p>Procedimento Controlo de Documentos e Registos – PQ.01</p> <p>Procedimento Tratamento de Produto não Conforme, Acções Correctivas/Preventivas – PQ.02</p>
PCACI	Processo Centro Atividades Capacitação Inclusão	AS	<p>Mapa de Processo Centro Atividades e Capacitação para Inclusão – MP.07</p> <p>Procedimento Controlo de Documentos e Registos – PQ.01</p> <p>Procedimento Tratamento de Produto não Conforme, Acções Correctivas/Preventivas – PQ.02</p>

Elaborado por:

Filomena Araújo

(GQ)

Data: 20-12-2022

Aprovado por:

Filomena Araújo

(RG)

Data: 20-12-2022