Mestrado Integrado em Bioengenharia

Ramo Engenharia Biológica

Implementação de Sistema de Gestão da Qualidade no Serviço de Equipamentos e Electromedicina do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Tese de Mestrado Integrado

de

Inês Santos de Pinho

Desenvolvido no âmbito da disciplina de Dissertação

realizado no

Serviço de Equipamentos e Electromedicina
do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho

SEE

Orientador na FEUP: **Prof. Dra. Maria Arminda Alves**
Orientador no CHVNG/E: **Eng. Cassien Bertrand Croisé**

Universidade do Porto
Faculdade de Engenharia
FEUP

Julho de 2011

Agradecimentos

Gostaria de agradecer ao Eng. Cassien Croisé pela oportunidade de ter realizado a minha tese de mestrado no Serviço de Equipamentos e Electromedicina e por ter estado sempre totalmente disponível. Agradeço ainda a boa disposição de todos os dias, os ensinamentos e experiência pessoais que me transmitiu e a confiança que sempre demonstrou no meu trabalho. Pour tous, un merci très spécial!

Agradeço à Prof. Dra. Maria Arminda Alves por todo o apoio ao longo do estágio e por todas as sugestões e correcções sem as quais o sucesso do trabalho não teria sido possível. Mais ainda, agradeço por todas as palavras de encorajamento e por ter sempre acreditado no valor de um trabalho diferente.

Gostaria também de agradecer à Prof. Dra. Joana Peres pela simpatia e disponibilidade com que me recebeu, pela disponibilização do programa R e por todo o apoio na realização dos diferentes testes estatísticos no programa.

Queria ainda deixar uma palavra especial a todos os colaboradores do Serviço, Ilda, Jorge, Carlos, Nuno Santos, Dr. Carlos, Joaquim, Pedro, Nuno Silva, Sr. Carvalho, ao estagiário Bruno, e ainda ao Eng. Nuno Carvalho, ao Arquitecto José Carlos, à Andreia e ao Dr. Lira. Um muito obrigada por todo o carinho com que me receberam e por toda a colaboração ao longo do meu trabalho.

Por todos os momentos vividos, um obrigada a todos os meus amigos que estiveram sempre presentes, em especial aos meus "companheiros de casa", às minhas "biológicas", à minha "biotec", à minha "biomédica" e à minha "bioengenheira honorária".

Por fim, ao João pelas horas de sono perdidas, por todo o apoio e paciência, e por ter sempre acreditado, e aos meus pais por me terem proporcionado estes cinco anos únicos e por me terem apoiado em todos os momentos. Obrigada!

Resumo

O presente trabalho teve como objectivo principal a implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade no Serviço de Equipamentos e Electromedicina do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, tendo como referência a norma NP EN ISO 9001:2008. Este Serviço actua em três áreas principais: a gestão da manutenção de equipamentos de electromedicina, a gestão do imobilizado e o controlo energético e ambiental. Foi criado com o intuito de assegurar o bom funcionamento das funções produtivas e ambientais dos diferentes serviços e de dar uma resposta eficiente às exigências materiais do corpo clínico.

O desenvolvimento do projecto incluiu a caracterização do Serviço e a definição de indicadores de avaliação de funcionamento ao nível do processo de requisição interna e do atendimento ao cliente, tendo os dados sido analisados recorrendo a várias ferramentas estatísticas. Relativamente ao Sistema de Gestão da Qualidade desenvolvido, este cumpre todos os requisitos da norma de referência, tendo-se definido a Política e os Objectivos da Qualidade e nomeado um Representante da Gestão para o acompanhamento do processo. No seu âmbito elaborou-se a seguinte documentação: Manual de Gestão da Qualidade, Manual de Processos, Manual de Funções, Manual de Procedimentos, Instruções de Trabalho, Folhas de Verificação, Impressos e Matrizes. Além disso, efectuou-se a compilação das normas e da legislação aplicáveis à actividade do Serviço e elaborou-se no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade duas normas internas e o regulamento interno. Por fim, elaborou-se uma proposta de acções futuras de monitorização e melhoria.

Os resultados do presente trabalho revelam que o Serviço, considerando os recursos de que dispõe, tem um bom desempenho e uma equipa com uma visão de melhoria, embora tenham também identificado pontos de melhoria na sua actividade. Sendo este um serviço recém-formado, ainda em reorganização interna, o trabalho desenvolvido contribuiu positivamente para a celeridade desse processo, tendo sido fundamental para a definição de muitas questões organizacionais e para a introdução de boas práticas na actividade do Serviço. Contribuiu ainda para a construção de uma imagem de qualidade associada ao Serviço em todo o CHNVG/E.

Palavras-chave (Tema): Sistema de Gestão da Qualidade, NP EN ISO 9001:2008, Indicadores de Avaliação de Funcionamento, Serviço Equipamentos e Electromedicina

Abstract

The main objective of the present work was the implementation of a Quality Management System in the Serviço de Equipamentos e Electromedicina of the Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, using as reference the NP EN ISO 9001:2008. This Service operates in three main areas: management of electromedical equipment maintenance, asset management and environmental control and energy. It was created in order to ensure the proper functioning of productive and environmental functions of different services and to respond effectively to the material demands of the clinical staff.

The development of the project included the characterization of the Service, the definition of functioning evaluation indicators of to the internal requisition process and to the customer service and the data were analyzed using various statistic tools. For the Quality Management System developed, that meets all the requirements of the reference standard, and includes the definition of Quality Policy and Objectives and appoints a Management Representative to monitor the process. In its scope was designed the following documentation: Quality Management Manual, Process Manual, Functions Manual, Procedures Manual, Work's Instructions, Check Sheets, Forms and Matrices. Also was made a compilation of norms and legislation applicable to the Service activity and were prepared two internal norms and the internal regulation, in Quality Management System developed scope. Finally, was prepared a proposal on monitoring and improvement future actions.

The results of the present study reveal that the Service, considering the resources at its disposal, has a good performance and a team with improvement vision, although they also identified points to get better in its activity. Being this a newly formed service, still in internal reorganization, the developed work contributed positively to that process celerity, being essential to the definition of many organizational issues and to the introduction of good practices in the activity of the Service. It also contributed to build an image of quality associated to the Service throughout CHVNG/E.

Key-words (Subject): Quality Management System, NP EN ISO 9001:2008, Evaluation Indicators of Functioning, Serviço Equipamentos e Electromedicina

Índice

Índice i

Notação e Glossário iii

1 Introdução 1

1.1 Apresentação do Local de Estágio 1

1.2 Enquadramento e Apresentação do Projecto 3

1.3 Contributos do Trabalho 4

1.4 Organização da Tese 4

2 Estado da Arte 6

2.1 O Conceito "Qualidade" 6

2.2 Sistemas de Gestão da Qualidade 8

2.2.1 Família ISO 9000 9

2.2.2 Abordagem por Processos 13

2.3 A Qualidade na Saúde 14

2.4 A Acreditação 21

3 Descrição Técnica e Discussão dos Resultados 24

3.1 Caracterização do Serviço 24

3.2 Indicadores de Avaliação do Funcionamento 29

3.2.1 Processo de requisição 29

3.2.2 Atendimento ao cliente 31

3.3 Implementação do SGQ 38

3.3.1 Abordagem por Processos 41

3.3.2 Manual de Procedimentos 43

3.3.3 Manual de Gestão da Qualidade 46

3.3.4 Manual de Funções 48

3.3.5 Normas, Legislação e Regulamentação 49

3.3.6 Instruções de Trabalho, Folhas de Verificação e Matrizes 50

3.4 Acções de Monitorização e Melhoria Futuras 51

4 Conclusões **53**

5 Avaliação do Trabalho Realizado **55**

5.1 Objectivos Realizados **55**

5.2 Outros Trabalhos Realizados **56**

5.3 Limitações e Trabalho Futuro **56**

5.4 Apreciação Final **57**

Referências **58**

Anexo 1 FV01 ..... **63**

Anexo 2 IT02 ..... **65**

Anexo 3 Indicador Processo de Requisição **69**

Anexo 4 Indicadores Tempo de Atendimento **70**

Anexo 5 Tabelas de Contingência testes de independência do Qui-quadrado **71**

Anexo 6 Resultados Grau de Associação **73**

Anexo 7 Declarações Documentadas **74**

Anexo 8 Impressos **78**

Anexo 9 Matrizes **98**

Anexo 10 Instruções de Trabalho **113**

Anexo 11 Folhas de Verificação **124**

Anexo 12 Manual de Gestão da Qualidade **149**

Anexo 13 Manual de Processos **181**

Anexo 14 Manual de Funções **210**

Anexo 15 Manual de Procedimentos **241**

Anexo 16 Norma de Registo e Controlo dos Bens Inventariáveis **398**

Anexo 17 Norma Transporte de Bens **420**

Anexo 18 Regulamento Interno **447**

Notação e Glossário

C	coeficiente de contingência de *Pearson*	
EM	*Equipment Management number*	
GL	Graus de Liberdade	
HFS	probabilidade de estado de falha não detectado	%
$MTBF$	tempo médio entre ocorrências de uma falha	anos
N	a dimensão da amostra	
$N_{i\bullet}$	frequência marginal observada na categoria X_i,	
$N_{j\bullet}$	a frequência marginal observada na categoria Y_i,	
N_{ij}	frequência observada na célula	
p	probabilidade de significância	
Q"	estatística do teste de independência do Qui-quadrado	
$T_{con}OT$	tempo de conclusão da OT	d
$\overline{T}_{con}OT$	tempo médio de conclusão das OTs	d
$T_{in}OT$	tempo de entrada da OT	d
$\overline{T}_{in}OT$	tempo médio de entrada das OTs	d
$T_{out}OT$	tempo de encerramento da OT	d
$\overline{T}_{out}OT$	tempo médio de encerramento das OTs	d
TI	intervalo de teste	anos
χ^2_{GL}	valor crítico da distribuição de Qui-quadrado	

Lista de Siglas

AFNOR	*Association Française de Normalisation*
ALPHA	*Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation*
APCER	Associação Portuguesa de Acreditação
ASQC	*American Society for Quality Control*
AVAC	Aquecimento, Ventilação e Ar Condicionado
CA	Conselho de Administração
CHKS	*Comparative Health Knowledge Systems*
CHLN	Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE
CHVNG/E	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho
DAI	Departamento de Apoio ao Imobilizado
DCAE	Departamento de Controlo Ambiental e Energético
DEM	Departamento de Electromedicina e Manutenção
EOQC	*European Organization for Quality Control*
EFQM	*European Foundation for Quality Management*
EPE	Entidade Pública Empresarial
ECRI	*Emergency Care Research Institute*
ExPeRT	*External Peer Review Techniques*
FV	Folha de Verificação
GEI	Gestão de Equipamentos e Instalações

IOM	*Institute of Medicine*
ISO	*International Standards Organization*
ISQua	*International Society for Quality in Health Care*
IT	Instrução de Trabalho
HESE	Hospital do Espírito Santo, EPE
HPQ	*Helpdesk,* Planeamento e Qualidade
JCAHO	*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*
NC	Não concluída
NM	Norma
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OT	Ordem de Trabalho
PDCA	*Plan-Do-Check-Act*
PDG	Procedimento de Gestão
PDO	Procedimento Operacional
PDS	Procedimento de Suporte
PG	Processo de Gestão
PO	Processo Operacional
PS	Processo de Suporte
RBM	*Risk-based Maintenance*
RCM	*Reliability Centered Maintenance*
RI	Regulamento Interno
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SGQ	Sistema de Gestão de Qualidade
SIES	Serviço de Instalações e Equipamentos
SOI	Serviço de Obras e Instalações
UGI	Unidades de Gestão Integrada
UPS	*Uninterruptible Power Supply*
WHO	*World Health Organization*

1 Introdução

1.1 Apresentação do Local de Estágio

O estágio decorreu no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E), no Serviço de Equipamentos e Electromedicina (SEE), no período compreendido entre 14 de Fevereiro e 8 de Julho de 2011.

O CHVNG/E foi criado em 28 de Fevereiro de 2007 pelo Decreto-Lei nº50 – A/2007, como resultado da fusão entre o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e do Hospital Nossa Senhora da Ajuda, de Espinho, com natureza de Entidade Pública Empresarial (EPE). A sua fundação enquanto EPE compatibiliza a autonomia de gestão financeira e administrativa, com a sujeição à tutela governamental. Esta alteração vem no seguimento de uma política de melhoria dos serviços de prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde com base numa cultura de segurança e qualidade e de articulação de recursos, concordante com as recomendações da União Europeia (CHVNG/E, 2011a).

O CHVNG/E está organizado segundo três unidades: o Hospital Eduardo Santos Silva – Unidade I; o Hospital Comendador Manuel Moreira de Barros – Unidade II e o Hospital Nossa Senhora da Ajuda – Unidade III. A gestão integrada dos recursos permite-lhe ocupar um lugar central na região de Entre Douro e Vouga, cobrindo uma área com cerca de 700 mil habitantes. Apresenta todas as valências básicas, intermédias, diferenciadas e praticamente todas as altamente diferenciadas, algumas das quais ocupando um lugar de referência na zona Norte. Tem assim capacidade para assegurar integralmente o funcionamento de um Serviço de Urgência Polivalente, cumprindo os requisitos legais, utilizado por uma média diária de 500 utentes (CHVNG/E, 2011a).

O centro hospitalar dispõe 2.870 colaboradores efectivos e 73 em regime de Contrato de Prestação de Serviços (Dados de 31 de Dezembro de 2009). Tem como órgãos sociais o conselho de administração (CA), o fiscal único e o conselho consultivo, que são apoiados pelos órgãos de apoio técnico, cuja função é colaborar com a administração, a pedido desta ou por iniciativa própria, nas respectivas matérias da sua competência. A sua actividade é controlada internamente por um auditor com a devida qualificação, ao nível dos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos. Os órgãos intermédios de gestão estão organizados em três áreas distintas: i) Serviços de prestação de cuidados de saúde; ii) Serviços de apoio à prestação de cuidados de saúde e iii) Serviços de apoio à gestão (CHVNG/E, 2009; CHVNG/E, 2010a; CHVNG/E, 2011b).

De forma a facilitar a gestão integrada e a comunicação vertical entre os serviços de prestação de cuidados de saúde e as actividades que os suportam, estes estão divididos em Unidades de Gestão Integrada (UGIs). Estas são definidas de acordo com a natureza dos diferentes serviços médicos, existindo 6 UGIs distintas, que gerem e respondem relativamente ao serviço médico do qual são responsáveis. A organização das áreas de acção médica em UGIs é um dos pressupostos fundamentais do modelo empresarial inerente a uma EPE, constituindo o adequado nível local de autoridade e responsabilidades (CHVNG/E, 2010a; CHVNG/E, 2011b).

De entre os serviços de apoio à prestação de cuidados, destaca-se a Unidade de Operações e Logística, que reúne um conjunto de ferramentas indispensáveis à gestão de instalações e equipamentos do CHVNG/E. O SEE, criado a 20 de Dezembro de 2010, posiciona-se nesta unidade, em termos de organigrama do CHVNG/E, tendo como missão a implementação de uma estratégia/programa de manutenção e monitorização que assegure o funcionamento apropriado dos equipamentos necessários aos serviços de prestação de cuidados, os seus clientes internos. Os equipamentos devem ser mantidos a funcionar de forma funcional e segura, respeitando as normas, regulamentos e legislação em vigor; tendo em vista elevados níveis de produção, com qualidade e ao menor custo concretizável (CHVNG/E, 2010a; CHVNG/E, 2010b; CHVNG/E, 2011b).

O SEE pretende, conjuntamente com os serviços clínicos e com as unidades de gestão, possibilitar uma melhor rentabilização global dos recursos do CHVNG/E e uma agilização do acesso aos equipamentos pela globalidade dos serviços. O objectivo primordial deste serviço é então o alcance de uma gestão dos meios disponíveis que prima por uma maior eficiência e equidade e que contribua para a promoção de uma cultura de qualidade organizacional no centro hospitalar, enquanto um todo. Na perspectiva de atingir este objectivo, o serviço tem como metas de trabalho: a inventariação total dos equipamentos; a gestão da utilização do equipamento clínico excedentário; a melhoria do programa de manutenção e de assistência técnica; o apoio aos serviços durante acções de auditoria; um incremento no apoio dado às decisões de investimento/substituição; e uma monitorização e controlo adequados das condições ambientais, gases medicinais e da eficiência energética.

Sendo uma Organização recém-criada e em reformulação, que estabelece como objectivo futuro ser certificada, decidiu implementar um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), tendo proposto o tema para o projecto aqui apresentado.

1.2 Enquadramento e Apresentação do Projecto

O projecto foi desenvolvido no âmbito da realização da Dissertação para a conclusão da formação académica no Mestrado Integrado em Bioengenharia – Ramo de Engenharia Biológica, da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto. Este foi realizado em ambiente profissional, com o intuito de criar a oportunidade para a aplicação de conceitos apreendidos no âmbito dos SGQs como ferramenta para o desenvolvimento/melhoria de práticas de qualidade em contexto hospitalar.

O SEE foi criado com o intuito de assegurar o bom funcionamento das funções produtivas e ambientais dos diferentes serviços e uma resposta eficiente às exigências materiais do corpo clínico. A estratégia do SEE vem no seguimento de uma tendência mundial para a adopção de princípios de qualidade nos modelos de gestão hospitalar, em resposta aos inúmeros desafios enfrentados pelos serviços clínicos ao nível da necessidade de uma organização mais eficiente e regulamentada e da imperatividade de uma contenção de despesas. Sendo que, a gestão de instalações e de equipamentos é um dos campos em que, da implementação de uma política de qualidade podem advir mais proveitos, devido à complexidade organizacional destes sistemas e à sua representatividade nos custos da unidade hospitalar.

Mediante as metas estabelecidas pelo Serviço para a sua actividade, foi proposta neste estágio a implementação de um SGQ, o qual representaria um contributo positivo para o funcionamento do SEE e do CHVNG/E.

Os objectivos para o presente estágio curricular foram:

- Diagnóstico à situação do serviço, através da definição de indicadores de avaliação de funcionamento e sua análise estatística, como suporte para a implementação do SGQ;

- Estabelecimento de uma metodologia de abordagem por processos no desenvolvimento, implementação e melhoria do SGQ, tendo como referência a norma NP EN ISO 9001:2008, que se traduz:
  - na definição da política da qualidade do serviço;
  - na elaboração de uma estrutura documental adequada à sua actividade: Manual de Gestão da Qualidade, Manual de Funções, Manual de Processos, Manual de Procedimentos e matrizes, impressos e registos necessários;
  - na reformulação dos procedimentos actuais tendo em consideração técnicas de análise de risco e as normas, legislação e regulamentação em vigor relativa à gestão de equipamentos e instalações;

- Envolvimento da organização no processo de construção do SGQ, de forma a favorecer a sua eficiência, a aumentar a satisfação do cliente e a assegurar a sua continuidade após o término do estágio curricular;
- Proposta de acções para a monitorização e melhoria futuras do SGQ implementado.

1.3 Contributos do Trabalho

O trabalho realizado permitiu o desenvolvimento total de um SGQ no SEE do CHVNG/E, contribuindo para a organização e para a melhoria da actividade do Serviço numa fase de reorganização interna. Além disso, contribui para a associação de uma imagem de qualidade ao SEE.

Permitiu ainda disponibilizar um conjunto de informação estatística relativa à actividade interna, criando um perfil de gestão do volume de trabalho anual, útil às decisões de gestão. A partir destes dados, foi também possível identificar necessidades de melhoria na actividade do Serviço, que quando corrigidas resultarão numa agilização da resposta do SEE da qual beneficiarão todos os restantes serviços do CHVNG/E e os seus utentes.

1.4 Organização da Tese

A presente tese está estruturada em cinco capítulos principais, que fornecem um suporte teórico e descrevem o trabalho realizado, bem como a metodologia aplicada. Após a *Introdução* no Capítulo 1, onde se faz uma breve apresentação do local de estágio e um enquadramento ao presente trabalho e documento; no Capítulo 2 – *Estado da Arte* é apresentado o conceito de qualidade e de implementação de um SGQ e a sua importância para uma organização. Além disso, apresenta-se a família ISO 9000, destacando a Norma NP EN ISO 9001:2008, dado ser a norma de referência utilizada no desenvolvimento do trabalho.

Tendo em conta o tema desenvolvido, na *Descrição Técnica e Discussão dos Resultados* (Capítulo 3) optou-se por uma estrutura orientada a tarefas, descrevendo-se o trabalho realizado durante o período de estágio. Inicia-se com a caracterização do SEE, seguindo-se a explicação e análise aos indicadores de funcionamento definidos para o Serviço. Refere-se ainda a metodologia adoptada no desenvolvimento/implementação do SGQ, com descrição dos processos definidos e da estrutura documental elaborada como suporte para o SGQ, com base nos requisitos da Norma NP EN ISO 9001:2008. Por fim, inclui-se uma proposta de acções de monitorização e melhoria futuras, com o objectivo de assegurar a continuidade do trabalho aqui apresentado.

No Capítulo 4 – *Conclusões* enunciam-se as principais conclusões retiradas do trabalho e as vantagens que se consideram ter trazido para a Organização. O trabalho é avaliado no Capítulo 5 – *Avaliação do Trabalho Realizado*, onde se analisa os objectivos concretizados e as eventuais limitações encontradas, bem como se descrevem outras actividades realizadas durante o período de estágio, não enquadradas nos objectivos definidos.

Em *Referências* apresenta-se a lista de fontes bibliográficas consultadas e, por último, em *Anexos*, inclui-se todos os documentos elaborados no âmbito do trabalho realizado.

2 Estado da Arte

2.1 O Conceito "Qualidade"

Universalmente, a qualidade é reconhecida como algo que afecta a vida de cada um de nós e a vida das organizações de uma forma positiva, nem sempre sendo um conceito fácil de definir intuitivamente (Gomes, 2004). Actualmente, o consenso reúne-se à volta da definição da *International Standards Organization* (ISO), que considera a qualidade como a aptidão de um conjunto de características intrínsecas para satisfazer as exigências (Duret & Pillet, 2009).

A noção de qualidade existe desde o aparecimento das primeiras civilizações, estando presente, quer na produção de ferramentas para a satisfação de necessidades individuais, quer no reconhecimento de alguns países como especialistas em determinada técnica ou produto já durante a Antiguidade. Desde esse momento, o conceito de qualidade sofreu um processo de evolução, de aperfeiçoamento e de adaptação às necessidades da sociedade ao longo dos tempos, influenciado por vários marcos históricos, como a Revolução Industrial, a I e a II Guerra Mundial e o advento de grandes investimentos (nuclear, indústria petroquímica, etc) durante os anos 60 (Pires, 2007). Muitas foram as vozes a defender diferentes teorias e abordagens, tendo sido Frederick Taylor a protagonizar o início da formalização do conceito qualidade, após o aparecimento da produção em série. Taylor defendeu o princípio da administração científica, que se caracteriza pela enfâse nas tarefas com o objectivo do aumento da eficiência ao nível operacional; numa era em que se defendia a inspecção (actividades de medição, comparação e verificação) como o motor da qualidade (Duret & Pillet, 2009; Gomes, 2004).

À era da inspecção, seguiu-se a era do controlo da qualidade, caracterizada por actividades centradas na monitorização, nomeadamente dos desvios, e na correcção destes pela reposição dos parâmetros dos processos nos valores desejados. Neste período, destacou-se o vulto de Walter Shewart pela introdução de técnicas estatísticas no controlo do processo. Por volta de 1950, surge uma nova era, a da garantia da qualidade, na qual se realizava um planeamento das actividades, que decorriam de forma sistemática e integrada, garantindo o alcance da qualidade desejada (Duret & Pillet, 2009; Gomes, 2004).

Nesta era, destacaram-se nomes como W. Edwards Deming, que introduziu a garantia da qualidade associada aos métodos de controlo estatístico e o conceito de melhoria contínua; Joseph Juran, que identificou os custos da qualidade; Armand Feigenbaum, que criou o conceito de controlo da qualidade total; e Philip Crosby, que assentou os aspectos ligados à conformidade e o conceito de zero defeitos, dando enfâse à performance do trabalhador (Duret & Pillet, 2009; Pires, 2007). Por volta de 1970, surgiu o conceito de gestão de qualidade total, que enfatiza a integração da qualidade na gestão global da organização e uma cultura de trabalho capaz de assegurar a satisfação de todos os parceiros (Santos, 2008). Durante esta era distinguiram-se os trabalhos de Kaoru Ishikawa, que desenvolveu os aspectos do trabalho em grupo e as ferramentas que lhe estão associadas; e o de Genichi Taguchi, que introduziu o conceito de custos da não-qualidade. Nesta fase, foi também de particular importância o estabelecimento das primeiras normas, com destaque para as ISO 9000 em 1987, e a fundação de diversas associações com um papel fundamental na divulgação e regulação da qualidade, como a *European Organization for Quality Control* (EOQC), a *European Foundation for Quality Management* (EFQM) e a *American Society for Quality Control* (ASQC) (Duret & Pillet, 2009; Gryna, 2001).

Nos dias de hoje, a qualidade assume um papel cada vez mais significativo na sociedade, sendo essencial à sobrevivência e ao sucesso das organizações, passando de um convencimento e/ou de uma filosofia de gestão, a uma forma de agir. Com o objectivo de uma melhor estrutura e resultados financeiros, as organizações adoptam princípios de qualidade, através da implementação de SGQs (Pires, 2007).

2.2 Sistemas de Gestão da Qualidade

Um SGQ pode ser definido como a estrutura organizacional criada para gerir e garantir a qualidade, os recursos necessários, os procedimentos operacionais e as responsabilidades estabelecidas, com o objectivo de satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes (Santos, 2008). A forma como os SGQs têm vindo a ser integrados na estrutura organizacional sofreu alterações ao longo do tempo, passando de uma centralização numa Direcção da Qualidade, para um processo de distribuição e integração de responsabilidades no todo da organização, seguindo os princípios da gestão de qualidade total (Pires, 2007).

Analisando a estrutura de um SGQ (Figura 1), verifica-se que este se deve iniciar pelo planeamento da política de qualidade, que inclui a preparação do sistema a implementar, através da definição de objectivos estratégicos para a Gestão e das exigências da qualidade ao nível do produto; seguindo-se a elaboração dos planos de qualidade; e, por fim, o lançamento de iniciativas de melhoria da qualidade. Ao nível do SGQ já definido, existe uma preocupação em assegurar ao cliente a satisfação dos requisitos de qualidade a que tem direito, que se baseia na análise do produto/serviço de forma a verificar se corresponde aos requisitos estabelecidos e a identificar a necessidade de medidas correctivas (Duret & Pillet, 2009).

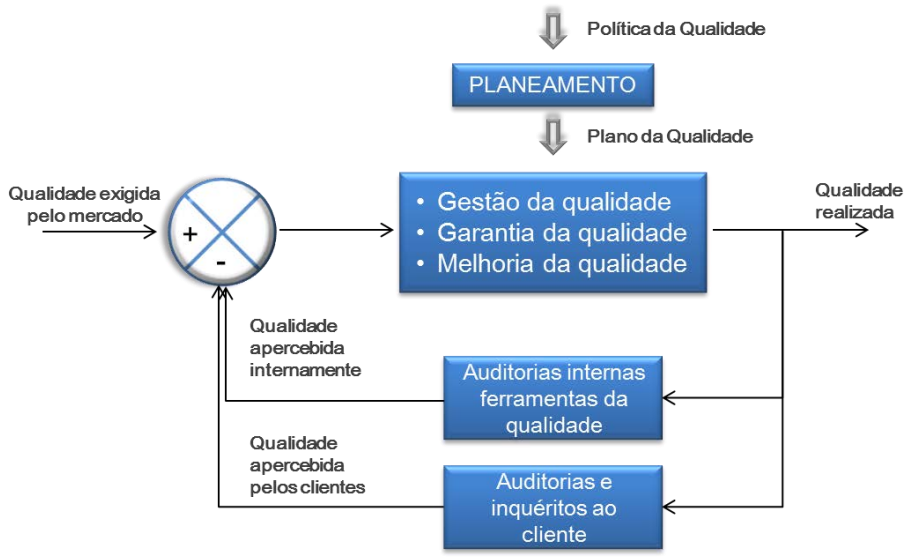


Figura 1 – Representação esquemática dos principais componentes de um Sistema de Gestão de Qualidade [Adaptado de (Duret & Pillet, 2009)].

Em termos da gestão de qualidade, a sua descentralização resulta numa cultura de qualidade em toda a organização, o que permite gerar produtos e serviços capazes de satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes. Na generalidade, os SGQs são desenvolvidos e implementados com base nos princípios e requisitos definidos pela Família ISO 9000, embora a introdução da qualidade numa Organização possa ocorrer com base noutras filosofias, como a metodologia seis sigma, a filosofia dos 5S ou o modelo de excelência da EFQM (Santos, 2008).

2.2.1 Família ISO 9000

A ISO é uma rede internacional que identifica e desenvolve as normas necessárias aos vários sectores de negócio, aos governos e à própria sociedade, representando cerca de 160 países. Actualmente reúne um portfólio de mais de 18.600 normas, que disponibilizam soluções práticas e benefícios ao nível das três grandes dimensões do desenvolvimento sustentado: económica, ambiental e social. De entre estas destacam-se a família ISO 9000, direccionada para a qualidade, e a família 14000, relativa ao ambiente (Secretariat, 2011).

A primeira versão das normas ISO 9000 surge em 1987, com o objectivo de uniformizar os modelos de gestão da qualidade existentes. Desde daí, a família ISO 9000 (Tabela 1) assume-se como a base de todos os modelos futuros de gestão da qualidade, mostrando uma tendência de simplificação de conceitos e de documentação nas diferentes revisões (Duret & Pillet, 2009).

Tabela 1 – Família ISO 9000

Norma	**Designação**
NP EN ISO 9000:2005	*Sistemas de gestão da qualidade – Fundamentos e vocabulário*
NP EN ISO 9001:2008	*Sistemas de gestão da qualidade – Requisitos*
NP EN ISO 9004:2009	*Sistemas de gestão da qualidade – Linhas de Orientação para melhoria de desempenho*

Na NP EN ISO 9000:2005 são apresentados os oito princípios-chave em que se baseia a família (APCER, 2010):

- **Focalização no cliente** – as organizações dependem dos seus clientes, logo devem compreender as suas necessidades, satisfazer os seus requisitos e esforçar-se por superar as suas expectativas;
- **Liderança** – a unidade no propósito e na orientação da Organização é estabelecida pelos seus líderes, que devem criar e manter o ambiente interno que permita o pleno envolvimento das pessoas com a Qualidade
- **Envolvimento das Pessoas** – as pessoas são a todos os níveis a essência da Organização, devendo as suas plenas aptidões ser utilizadas em benefício da Organização;
- **Abordagem por processos** – um resultado pretendido é atingido de forma mais eficiente quando se opta por gerir as actividades como um processo;
- **Abordagem da gestão como um sistema** – a identificação, compreensão e gestão das interacções entre os processos como um sistema, contribui para a eficácia e a eficiência da Organização;
- **Melhoria contínua** – melhorar continuamente o desempenho global deve ser um objectivo permanente da Organização;
- **Abordagem à tomada de decisões baseada em factos** – as decisões devem ser tomadas com base na análise de dados e de informações;
- **Relações mutuamente benéficas com fornecedores** – uma Organização é interdependente dos seus fornecedores, devendo criar uma relação de benefício mútuo que potencie a aptidão de ambos para criar valor.

Na NP EN ISO 9004:2009 são apresentadas linhas de orientação e recomendações para a gestão de topo, de forma a atingir o sucesso sustentado da Organização. Aborda as necessidades e expectativas de todas as partes envolvidas, bem como a sua satisfação através da melhoria contínua e sistemática do desempenho da Organização (APCER, 2010).

A NP EN ISO 9001:2008 é a mais conhecida das normas, já que é aquela que se destina a fins de certificação do SGQ de uma Organização. A norma está organizada em oito capítulos (Figura 2), dos quais se destacam os cinco últimos, por definirem os requisitos que a Organização deve cumprir (Duret & Pillet, 2009).

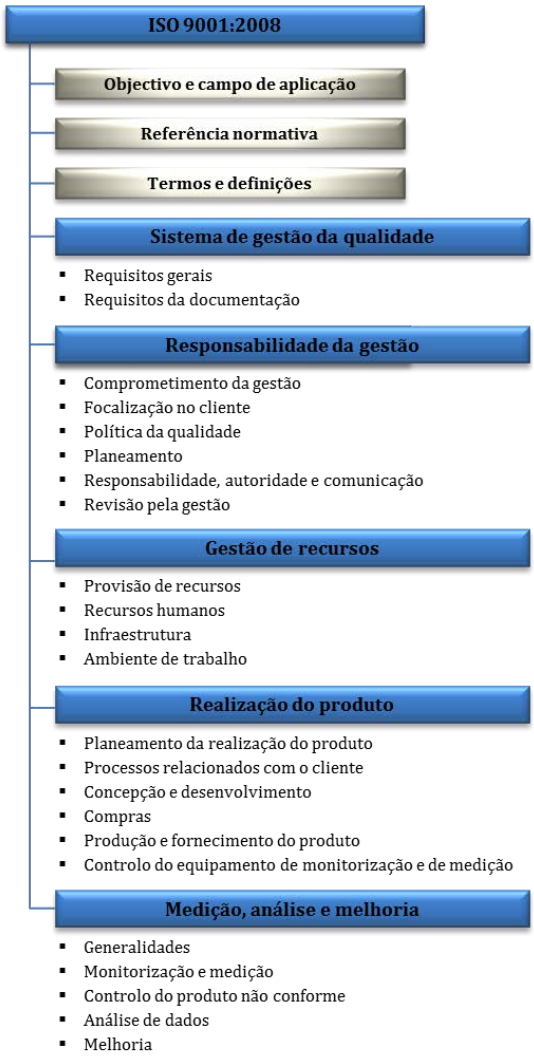


Figura 2 – Índice principal da norma ISO 9001:2008 [Adaptado de (Duret & Pillet, 2009)].

Esta norma fornece uma série de requisitos gerais e de documentação que devem guiar a Organização no processo de desenvolvimento do SGQ e que, quando adequadamente implementados criam valor para a Organização, para os seus clientes e fornecedores. Nestes é dada enfâse à importância do envolvimento e do compromisso da gestão em todo o processo e à correcta identificação e gestão dos seus processos, sempre numa perspectiva de melhoria contínua (APCER, 2010).

A metodologia de melhoria contínua foi desenvolvida para a optimização constante da qualidade numa organização, sendo adaptável do mais elementar ao mais complexo dos processos. Deming, no seguimento do trabalho de Shewhart, materializou este método no designado ciclo PDCA – Plan-Do-Check-Act (Figura 3), esquematizado como uma roda, em movimento ao longo de um plano inclinado, que representa a subida de nível do SGQ (Duret & Pillet, 2009).

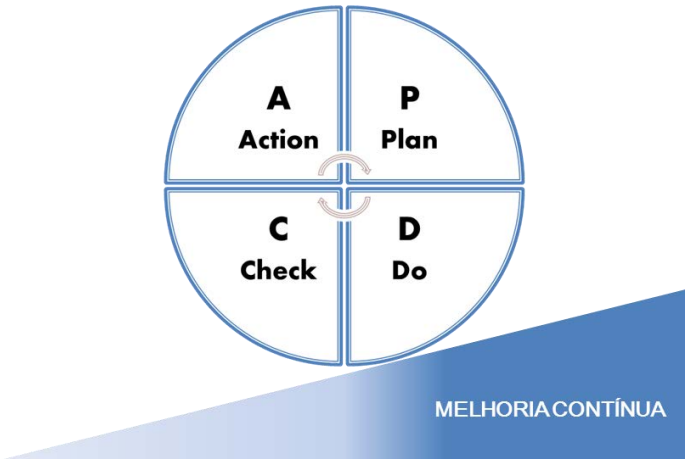


Figura 3 – Ciclo PDCA [Adaptado de (Duret & Pillet, 2009)].

O processo de melhoria contínua deve então basear-se no seguimento cíclico da seguinte metodologia (IPQ, 2003; Santos, 2008):

- Planear – estabelecimento dos objectivos e dos processos necessários para a apresentação de resultados de acordo com os requisitos do cliente e as políticas da organização;
- Fazer – preparação da equipa, seguida da implementação de processos de concepção e operacionais e respectiva monitorização dos resultados;
- Controlar – verificação dos efeitos das acções implementadas através de processos de medição do grau de satisfação do cliente, de auditorias, de registo de dados e sua análise;
- Actuar – implementar acções de melhoria, através de processos de controlo das não conformidades, de reparação, de prevenção e de revisão pela gestão.

O seguimento destes princípios permite à organização uma busca contínua da excelência e a adopção da melhoria como uma opção estratégica na sua gestão. O SGQ pode assim assegurar-se com a máxima confiança de que a qualidade desejada está a ser alcançada ao mínimo custo, cumprindo as indicações da ISO 9001, que afirma que a «organização deve melhorar continuamente a eficácia do "Sistema de Gestão da Qualidade" através da utilização da política da qualidade, dos objectivos da qualidade, dos resultados das auditorias, da análise dos dados, das acções correctivas e preventivas e da revisão pela gestão» (Pires, 2007; Santos, 2008).

2.2.2 Abordagem por Processos

Como mencionado, um dos princípios-chave da norma ISO 9001:2008 é abordagem por processos, sendo recomendada a sua adopção como modelo para o sistema de gestão da qualidade. A abordagem por processos e da gestão como um sistema é uma das ferramentas mais importantes para uma gestão eficaz, defendendo que as actividades e os recursos devem ser encarados como processos e a organização, por sua vez, como um conjunto de processos interrelacionados (sistema), que permite o alcance de determinados objectivos (Santos, 2008).

Um processo (Figura 4) é então definido como um conjunto de actividades realizadas por uma ou diversas áreas de uma organização, interrelacionadas e geridas entre si de forma a permitir a transformação de *entradas* em *saídas*, que frequentemente constituem a *entrada* do processo seguinte (IPQ, 2008). Os seus resultados devem ser quantificáveis (quantidades, prazos, tempos de execução) e representar um valor acrescido para os clientes e para a própria organização. As entradas e as saídas devem ser adequadas ao objectivo do processo, sendo necessário efectuar um controlo de todas as variáveis, incluindo os recursos a utilizar e em que sequência (Duret & Pillet, 2009).

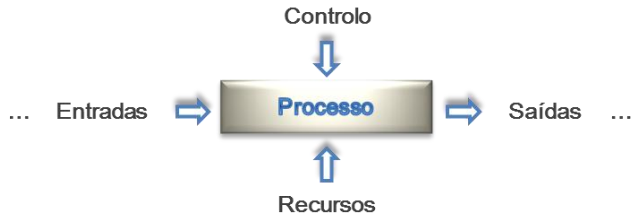


Figura 4 – Representação esquemática do conceito de processo [Adaptado de (Alves, 2010)].

Consoante a sua tipologia, pode-se adoptar uma classificação para os processos, de forma a reflectir a sua importância/relevância no acréscimo de valor ao cliente em particular e à Organização no seu conjunto, e a facilitar as decisões de gestão e de controlo. Usualmente, utiliza-se a classificação inspirada na norma da *Association Française de Normalisation* (AFNOR) FD X50-176, que distingue três grandes famílias de processos: *operacionais*, aqueles que se relacionam com os serviços prestados e cujos resultados são directamente percebidos pelos clientes; *de suporte*, aqueles que apoiam todos os outros processos e que são essenciais ao funcionamento da organização; e *de gestão*, aqueles que estabelecem a estrutura, a estratégia e as linhas de orientação da gestão e que fazem convergir toda Organização para o cliente. Outras classificações referem-se aos de gestão como integradores (Duret & Pillet, 2009; Pires, 2007).

A coordenação de todos estes processos exige a sua identificação e caracterização adequadas, a nomeação dos responsáveis pela sua gestão, a avaliação da sua eficácia e a melhoria do seu desempenho. De forma a facilitar a reunião e a análise de todos estes dados, pode-se recorrer à cartografia de processos, uma ferramenta gráfica que permite a descrição de processos através do recurso a mapas relacionais, a mapas funcionais, a fichas de caracterização, a fluxogramas e a mapas de actividades. Para a preparação destes é necessário recolher toda a informação relativa ao processo (entradas, saídas, gestores, actividades e processos principais, áreas intervenientes e objectivos) e a documentação de suporte ao mesmo (indicativa do tempo, gastos, recursos utilizados, do estado dos operadores, problemas, condições de execução e *feedback* do cliente) (Pires, 2007).

2.3 A Qualidade na Saúde

Analisando a evolução histórica da qualidade, verifica-se que a sua formalização e aplicação teve início no meio empresarial e que muito da sua evolução está associada às necessidades desta área e à crescente competitividade a ela associada (Duret & Pillet, 2009). Contudo, o cenário social e económico do final do século XX trouxe novos desafios a outras áreas, tradicionalmente do domínio público, como a saúde e a educação, forçando a extensão da aplicação de sistemas de gestão da qualidade a estas áreas, dadas as melhorias verificadas ao nível da produtividade e da eficiência com a sua implementação (Borges, 2010). Nos serviços de saúde, as necessidades de reorganização e de inclusão de uma gestão com qualidade em toda a sua estrutura, surgem com os crescentes gastos que lhe estão associados e com a pressão governamental para a sua contenção (Ainken *et al.*, 2002). Esta tarefa apresenta-se um desafio ainda maior, perante os desenvolvimentos tecnológicos e científicos que originam equipamentos e intervenções médicas com um custo acrescido, e devido à necessidade crescente de tratar doenças de carácter crónico ou de tratamento de longa duração (McLaughlin & Kaluzny, 2004).

Uma das vozes pioneiras na definição, medição e compreensão da qualidade nos cuidados de saúde foi a de Avedis Donabedian (1919-2000), Professor Catedrático e membro vitalício da *The International Society for Quality in Health Care* (ISQua), que defendeu que estando confiados aos profissionais de saúde os locais mais sensíveis e secretos em nós, bem como o nosso bem-estar, felicidade e sobrevivência, impera-se a necessidade de avaliar e monitorizar a sua actividade para que a sua qualidade e sucesso sejam normalizada e melhorada se necessário (Donabedian, 1978; Suñol, 2000). O seu trabalho foi também importante para a definição de três pontos de avaliação da qualidade na saúde: estrutura, que representa a forma como o sistema está organizado e os seus componentes (espaço, equipamento e outros recursos físicos); processo, a forma como os cuidados de saúde são prestados; e resultado, o que resulta da interacção entre os dois primeiros. Além disso, defendeu a inclusão de indicadores que especifiquem o quê e como está a ser avaliado (Glickman *et al.*, 2007; McLaughlin & Kaluzny, 2004; Meyer & Masagli, 2001).

Desde estes primeiros passos, a implementação da qualidade na saúde sofreu uma grande evolução, sendo actualmente definida, segundo o *Institute of Medicine* (IOM), como o grau em que os serviços de saúde destinados ao indivíduo e às populações aumentam a probabilidade de melhores resultados nos cuidados de saúde e em que estes são consistentes com o conhecimento profissional actual (Glickman *et al.*, 2007). Esta tem sido adoptada por um número crescente de instituições, havendo um grande desenvolvimento nos métodos de introdução nos sistemas, nos parâmetros a medir e na normativa associada. Este aumento é mais acentuado nos últimos dez anos, com uma maior clarificação na forma como os programas são implementados e nos seus resultados, acompanhada de uma maior regulação governamental (Shaw *et al.*, 2010). Apesar disso, a qualidade na saúde ainda se depara com muitas barreiras, quer burocráticas e estruturais, quer por parte das pessoas que dão corpo à organização; sendo apresentada pela World Health Organization (WHO), no seu quadro de acção do ano de 2007, como um dos *key drivers* no futuro para a obtenção de melhores resultados e maior eficiência na prestação de serviços de saúde, fortalecendo os sistemas (Leatherman *et al.*, 2010).

Uma das estratégias mais usadas num processo de qualidade na saúde é a implementação de indicadores de qualidade, com o objectivo de detectar falhas na estrutura, processo ou resultado, e que são posteriormente usados como ferramentas de orientação para a melhoria dos cuidados de saúde. Além disso, permitem uma transmissão transparente de informação relativa ao processo de qualidade e são facilmente reportáveis pela instituição, embora criem uma carga adicional de burocracia interna (De Vos *et al.*, 2009).

Actualmente, os indicadores têm sido definidos com base em diferentes critérios, consoante o país e a organização de saúde envolvida. Segundo Shaw *et al.*, estes devem ser definidos no sentido de uma quantificação: custo médio por paciente; custo médio por cama; número de horas totais de trabalho por paciente; número de horas totais de trabalho clínico por paciente; percentagem corresponde à equipa médica; volume de camas e percentagem de camas ocupadas (Shaw *et al.*, 2010). Por outro lado, no seguimento do "UK Quality Indicator Project®", Thomson *et al.* defende que os indicadores devem ser definidos para três categorias principais (Thomson *et al.*, 2004):

- paciente internado – número de infecções adquiridas no hospital, número de infecções pós-cirurgia, taxa de readmissões não planeadas, entre outros;
- casos diários/emergência e acidente – número retornos até 72 horas, número de pacientes internados por mais de 6 horas, taxa de cancelamento de intervenções no próprio dia, entre outros;
- saúde mental – número de isolamentos; taxa de hospitalização parcial, número de episódios de queda, entre outros.

Uma outra classificação proposta pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) indica que os indicadores devem ser definidos em relação a cinco áreas prioritárias: diabetes, doença mental, cuidados cardíacos, segurança do paciente e prevenção/cuidados primários (Mattke *et al.*, 2006). De forma a permitir uma comparação a nível internacional dos indicadores de qualidade na saúde, uma das questões fundamentais a trabalhar nesta área é a uniformização de critérios, bem como do método de implementação dos indicadores (Needham *et al.*, 2009).

O trabalho desenvolvido ao nível dos indicadores de qualidade na saúde centra-se sobretudo na monitorização dos processos e dos resultados (adoptando as designações de Donabedian), existindo já um vasto conjunto de evidências do aumento de qualidade na prestação de serviços a este nível. Relativamente à estrutura, onde se inclui a gestão de equipamentos e instalações (GEI), existe uma menor informação disponível, já que lhe tem sido atribuída muito menos atenção (Glickman *et al.*, 2007). Apesar de actualmente já ser vista como uma força impulsionadora do sucesso nas outras duas áreas por organizações que apoiam a qualidade na saúde, como a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), não foi possível recolher informação relativa a indicadores nesta área (JCAHO, 2006). A sua inclusão no todo que é a qualidade num serviço de prestação de cuidados de saúde é essencial, pelo seu papel na criação das condições ambientais adequadas e no asseguramento da disponibilidade e fiabilidade de todos os equipamentos envolvidos nos processos. (Meyer & Masagli, 2001).

No contexto da gestão de serviços de saúde, a GEI pode ser definida como a aplicação de técnicas integradas para melhorar a performance e a relação custo-eficácia das instalações e equipamentos, como suporte ao desenvolvimento organizacional (Shohet & Lavy, 2004). Tradicionalmente, a GEI numa organização é vista pela perspectiva do senso-comum que a define como limpar, reparar e realizar a manutenção. Contudo, nas últimas três décadas a percepção da sua importância tem mudado, sendo-lhe atribuído um novo papel na gestão da organização. Esta mudança foi impulsionada essencialmente por quatro factores principais: o aumento do custo dos equipamentos e da construção; o reconhecimento da influência das condições físicas de trabalho na produtividade; o aumento das exigências de performance pelos dirigentes e pelos consumidores; e o reconhecimento da importância de uma manutenção bem executada. Estas constatações conduziram a uma integração gradual da GEI nas decisões de *briefing*, desenho e análise de custos (Lavy & Shohet, 2009).

Quando aplicada a um serviço de prestação de cuidados de saúde, a GEI apresenta uma dificuldade e importância acrescidas, dada a sua complexidade estrutural e organizacional, que o tornam um dos serviços mais difíceis de gerir, realizar a manutenção e operar (Lavy & Shohet, 2009). O seu impacto na qualidade e eficácia dos serviços de cuidados prestados tem já provas dadas em alguns países, como o Reino Unido e Noruega, onde reformas ao nível dos departamentos responsáveis pela GEI conduziram a melhores desempenhos ao nível económico e dos serviços, já que foi constatado que as despesas com este sector constituíam um terço dos custos operacionais totais da unidade (Nesje, 2002; Procter & Brown, 1997).

Focando na problemática apenas dos equipamentos num serviço de saúde, esta tem vindo a ser acentuada pelo crescente número e complexidade dos equipamentos médicos utilizados. A sua intervenção ocorre de três formas: acções de manutenção, de reparação e aquisição de novos equipamentos (Ridgway, 2009). Tendo em conta o peso elevado no orçamento e a elevada exigência de uma *performance* segura e eficaz por parte dos equipamentos médicos, a actividade de uma boa gestão está cada vez mais focada na realização de um programa de manutenção eficaz e na redução dos tempos de paragem dos equipamentos (Taghipour *et al.*, 2010).

A programação da manutenção deve assim incluir três fases essenciais: inspecção, manutenção preventiva e teste dos equipamentos, que devem ser revistas continuamente, de forma a acompanhar os avanços tecnológicos e as crescentes expectativas na melhoria dos serviços de prestação de cuidados de saúde. Neste ponto, a contribuição dos próprios utilizadores do equipamento é fundamental, sendo necessária uma sensibilização para uma utilização cuidada, para a realização de calibrações e seu registo adequado e para uma boa comunicação com os serviços responsáveis pela sua gestão; já que uma utilização incorrecta é reportada como a causa mais comum de danos nos equipamentos (Taghipour *et al.*, 2010).

Apesar de a manutenção não conseguir prevenir totalmente a ocorrência de falhas e/ou paragens no equipamento, a implementação de um programa a este nível facilita a actualização do inventário dos serviços de gestão e a descoberta de avarias não comunicadas. Além disso, cria um ambiente de conforto e segurança junto do *staff* clínico na utilização dos recursos (Ridgway, 2009). Contudo, a implementação de uma estratégia eficaz, capaz de maximizar a disponibilidade e a eficiência do equipamento e minimizar o custo total de operação, exige uma abordagem estruturada. Várias técnicas foram utilizadas, desde a focagem na monitorização periódica da condição do equipamento até à implementação de sistemas especializados, sendo actualmente defendida uma estratégia de manutenção baseada na análise de risco. Esta deve ter associada um inventário detalhado do equipamento, que inclua, além das informações básicas (quantidade, tipo, data de aquisição/garantia, valor monetário), a localização, os equipamentos associados, a condição física e de actuação actual, o grau de obsolescência, histórico de avarias e de manutenção, e outras informações consideradas úteis à determinação do risco financeiro e para o paciente (Grimes, 2003; Khan & Haddara, 2003).

A análise de risco é uma técnica que permite a identificação, caracterização, quantificação e avaliação das perdas que resultam de determinado evento (Khan & Haddara, 2003). Este método é especialmente útil perante um cenário de uma grande variedade de equipamentos, em que muitas vezes a origem/consequência de uma falha nem sempre é fácil de definir, como é característico num serviço clínico. Existem várias abordagens ao conceito de risco associado a um equipamento e à sua quantificação, de forma a estabelecer um critério de inclusão prioritária no planeamento da manutenção (Rice, 2007; Taghipour *et al.*, 2010).

Uma das mais importantes, desenvolvida por Fennigkoh e Smith em 1989, consiste na atribuição de um *Equipment Management number* (EM) a cada equipamento, que contabiliza três parâmetros (Taghipour *et al.*, 2010):

$$EM = Função\,crítica + Risco\ físico + Manutenção\,requerida \quad (2\text{-}1)$$

Os valores são atribuídos com base num esquema de classificação proposto (Tabela 2), que considera as características do equipamento, sendo que, quando a soma é igual ou superior a 12, este deve ser incluído no plano de manutenção (Taghipour *et al.*, 2010).

Tabela 2 – Esquema de classificação considerado no cálculo do *EM* [Adaptado de (Wang & Levenson, 2000)]

CRITÉRIO	CATEGORIA	SUBGRUPO	VALOR NUMÉRICO
Função	Terapêutica	Suporte de vida	10
		Cuidados cirúrgicos e intensivos	9
		Terapia física e tratamento	8
	Diagnóstico	Monitorização de cuidados cirúrgicos e intensivos	7
		Monitorização e diagnóstico fisiológico adicional	6
	Analítico	Analítica laboratorial	5
		Acessórios laboratoriais	4
		Informático e relacionados	3
	Diversos	Relacionado com o paciente e outros	2
Risco Físico		Morte do paciente	5
		Injúria do paciente ou do operador	4
		Terapia inapropriada ou diagnóstico erróneo	3
		Riscos diminutos	2
		Sem riscos significativos	1
Manutenção Requerida		Extensa	5
		Alta	4
		Média	3
		Baixa	2
		Mínima	1

A classificação segundo o *EM* foi reconhecida e considerada como *standard* pela JCAHO em 2004, tendo sido adoptada por um número muito significativo de organizações de saúde (Taghipour *et al.*, 2010; Wang & Levenson, 2000). Esta técnica permite aos hospitais gerirem a realização da manutenção, retirando peças ou equipamentos médicos com menos factor de risco associado. Idealmente, deve ser combinada com outros critérios, como a criticidade da missão, a disponibilidade de *backup* e o histórico de avarias do equipamento (Wang & Levenson, 2000).

Uma outra técnica considerada é a desenvolvida pelo *Emergency Care Research Institute* (ECRI), que se baseia no risco de acidente resultante de uma falha num equipamento ou de um erro de utilizador, tomando em consideração a sua probabilidade e severidade. Segundo esta classificação, o equipamento é considerado de alto, médio ou baixo risco, sendo-lhe atribuída uma recomendação quanto à frequência de manutenção (Tabela 3) (Wang & Levenson, 2000).

Tabela 3 – Esquema de classificação considerado pela ECRI [Adaptado de (Wang & Levenson, 2000)]

NÍVEL DE RISCO	DESCRIÇÃO	MANUTENÇÃO
Alto	Suporte de vida, ressuscitação, monitorização crítica, e outros equipamentos cuja falha ou má utilização tem probabilidade de provocar danos graves nos pacientes ou utilizadores.	Semianual
Médio	Equipamentos, incluindo instrumentos de diagnóstico, cuja má utilização, falha ou ausência, tem um impacto significativo no cuidado ao paciente, mas não lhe provocam danos graves directos.	Anual
Baixo	Equipamentos cuja falha ou má utilização é pouco provável que cause consequências graves.	Intervalos superiores a 12 meses

Se tomarmos como exemplo a inclusão ou não de um Desfibrilhador no plano de manutenção, ele apresentará um *EM*=19 (10 Função+5 Risco+4 Manutenção), devendo ser incluído no plano de manutenção e um nível de risco alto, sendo recomendada uma a realização de manutenção preventiva de seis em seis meses (Wang & Levenson, 2000).

Estas técnicas de determinação de risco têm sido utilizadas com sucesso no desenvolvimento de diferentes abordagens integradas. Uma delas, designada *Reliability Centered Maintenance* (RCM), consiste numa metodologia estruturada de determinação da manutenção requerida através de uma árvore de decisão, que se inicia pela definição da criticidade do equipamento, seguindo-se a aplicação da análise do modo de falha e análise de efeitos (Taghipour *et al.*, 2010). Esta teoria permite estimar a frequência com que as actividades de manutenção devem ser realizadas em relação à frequência de falhas esperada. Para isso, estabelece que a relação entre o intervalo de teste (TI), o tempo médio entre ocorrências de uma falha $(MTBF)$ e a probabilidade de estado de falha não detectado (HFS) pode ser calculada da seguinte forma (Ridgway, 2009):

$$HFS\,(\%) = 50 \times \frac{TI\,(\text{em anos})}{MTBF\,(\text{em anos})} \tag{2-2}$$

Outra estratégia proposta, designada *Risk-based Maintenance* (RBM), pretende a redução do risco total de falha na operação de equipamentos e instalações através da realização de três passos de análise principais (Khan & Haddara, 2003):

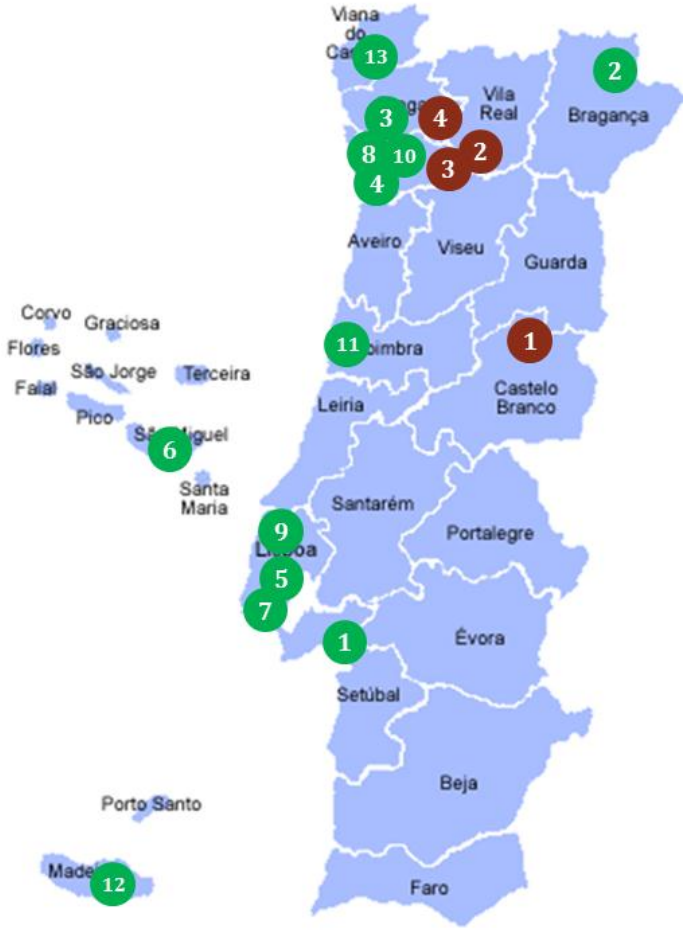
1. Estimativa de risco – que consiste na identificação de possíveis cenários de falha, suas consequências e probabilidade, de forma a obter um valor estimado para o risco;
2. Avaliação do risco – que se inicia pela definição do critério interno de aceitação de risco, seguida da comparação deste com o risco estimado;
3. Elaboração do plano de manutenção – que se traduz na definição/melhoria da manutenção associada aos equipamentos cujo valor de risco é superior ao critério de aceitação definido.

2.4 A Acreditação

Uma das vantagens da implementação de um SGQ é a de permitir um processo de acreditação da organização. A obtenção da acreditação tem como vantagem aumentar a confiança do cliente na organização e fortalecer a estrutura desta, sendo obtida através de avaliação por entidade independente (ela própria acreditada para o efeito), de forma a assegurar que cumpre os requisitos referenciais e apresenta um desempenho conforme. Esta pode ainda ser obtida como certificação do SGQ em relação a uma normativa de referência, como a Norma ISO 9001 (Duret & Pillet, 2009).

Segundo a WHO, a acreditação é a ferramenta externa mais comum para a melhoria da qualidade nos serviços de prestação de cuidados de saúde. A sua utilização é normalmente voluntária, com o objectivo de uma melhor organização interna, auto-regulação e para efeitos de marketing da unidade de saúde. Os seus resultados têm demonstrado melhorias ao nível da estrutura, dos processos e dos resultados, contribuindo para orientar a gestão dos serviços no sentido de uma preocupação com a qualidade global destes. A acreditação nesta área ocorre muitas vezes na forma de um programa nacional ou regional, onde há uma reunião de esforços, inclusive estatuais, para o alcance de um resultado positivo (WHO, 2003). Em termos de entidades acreditadoras, existem várias a nível mundial, destacando-se a JCAHO, a EFQM, o *Comparative Health Knowledge Systems* (CHKS), o projecto *External Peer Review Techniques* (ExPeRT) da União Europeia e o programa *Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation* (ALPHA) da ISQua (Sánchez *et al.*, 2006; Shaw *et al.*, 2010). Em Portugal, destaca-se a Associação Portuguesa de Certificação (APCER), sendo reconhecida a nível internacional (APCER, 2011).

Em Portugal, a acreditação dos hospitais nacionais iniciou-se em 1998 com um programa piloto financiado pelo Ministério da Saúde e com o apoio técnico do Reino Unido (WHO, 2003). Actualmente existem quatro hospitais acreditados pela JCAHO e treze pelo CHKS, conforme representado na Figura 5 (CHKS, 2011; JCAHO, 2009).



Acreditação JCAHO

1 Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE

2 Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

3 Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE

4 Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE – Unidade de Guimarães

Acreditação CHKS

1 Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

2 Centro Hospitalar do Nordeste, EPE

3 Hospital de São Marcos, Braga

4 Hospital de Magalhães Lemos, EPE

5 Hospital de Santa Marta, EPE

6 Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

7 Hospital Garcia da Orta, EPE

8 Centro Hospitalar do Porto, EPE – Hospital Geral de Santo António

9 Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

10 Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE

11 Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE

12 Serviço Regional de Saúde do Funchal, EPE

13 Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE

Figura 5 – Mapa representativo dos hospitais acreditados em Portugal pela JCAHO e pela CHKS.

Analisando a informação disponibilizada por estes hospitais, verifica-se que em geral é referenciada *online* a adopção de uma política de qualidade, com a definição da missão e da estratégia da unidade hospitalar. Em termos de publicações, é acessível o relatório de actividades e de contas, onde é disponibilizada informação relativa às características gerais do hospital, à actividade de prestação de cuidados referente ao ano e à contabilidade, bem como a comparação dos dados com os de anos anteriores. Nestes hospitais, a pesquisa de indicadores relativamente à actividade do âmbito dos equipamentos e electromedicina foi infrutífera, estando presente apenas uma descrição geral do serviço (CHAA, 2011; CHCB, 2011; CHNE, 2011; CHP, 2011; CHS, 2011; CHTMAD, 2011; CHTS, 2011; HDES, 2011; HFF, 2011; HGO, 2011; HML, 2011; HSM, 2011a; HSM, 2011b; IPOPORTO, 2011; ULSAM, 2011).

Ainda no contexto nacional, relativamente ao Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE (CHLN) e ao Hospital do Espírito Santo, EPE (HESE), foi possível obter alguns dados reveladores da sua actividade, embora em ambos os serviços esteja englobada a gestão de instalações e de equipamentos conjuntamente. No HESE, o serviço de instalações e equipamentos é responsável pela gestão de 43.373 m^2 de edifícios, de 14.555 Bens do Hospital, recebendo e resolvendo 4.977 OTs anuais (dados sem acções de manutenção preventiva para 2007). Em 2007, o HESE apresentava uma área de influência directa de cerca de 174 mil habitantes (HESE, 2008; HESE, 2011).

No CHLN, o serviço de instalações e equipamentos gere um volume maior de pedidos anuais, cerca de 22.000, dos quais cerca de 9.000 são executados por meios próprios e 2.000 correspondem a acções de manutenção preventiva (dados para 2009). É responsável por 225.133 m^2, apresentando em 2009 uma área de influência directa de cerca de 350 mil habitantes. O serviço no CHLN dispõe de 104 funcionários (CHLN, 2010; CHLN, 2011; Correia, 2011). Para o HESE não foi possível apurar os recursos humanos alocados a este serviço (HESE, 2011).

A nível internacional também não foi possível encontrar informação publicada neste âmbito. Nas publicações nacionais relativas à qualidade do sistema de saúde nacional dos Estados Unidos da América, da Dinamarca, da Alemanha e do Reino Unido a informação presente está igualmente centrada nos índices relativos aos serviços de prestação de cuidados de saúde e ao *feedback* do paciente (AHRQ, 2009; CQC, 2011; Environment, 2010; Programme, 2009).

3 Descrição Técnica e Discussão dos Resultados

O SEE foi criado no CHVNG/E como Serviço de Apoio à Prestação de Cuidados em 20 de Dezembro de 2010, como resultado da divisão do Serviço de Instalações e Equipamentos (SIES) em dois serviços distintos: o SEE e o Serviço de Obras e Instalações (SOI). À data do início do presente estágio curricular, o SEE encontrava-se ainda em reorganização, não estando ainda formalizado o organigrama do Serviço. A sua definição foi identificada como a primeira das necessidades a responder, tendo-se procedido à sua construção em conjunto com o Responsável de Serviço, segundo o apresentado na Figura 5.

3.1 Caracterização do Serviço

O SEE dispõe de 10 colaboradores activos, que se organizam segundo o organigrama apresentado na Figura 6.

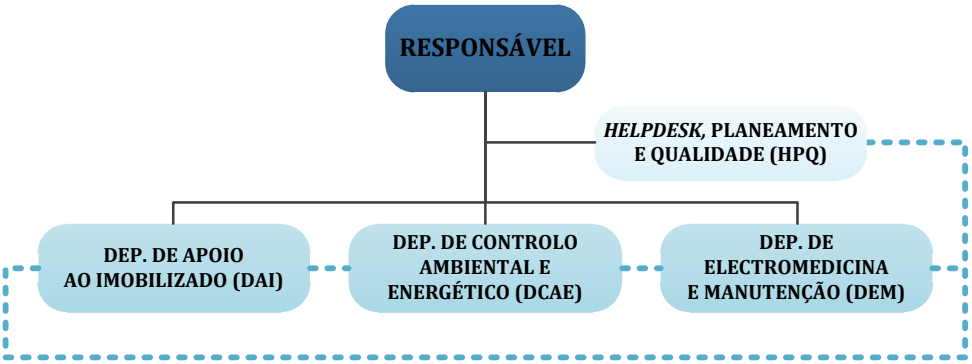


Figura 6 – Estrutura Organizacional do SEE.

A estrutura organizacional representa as três principais áreas de actuação do Serviço:

- gestão do imobilizado da Instituição, que inclui a inventariação dos Bens e a reparação do equipamento não-médico – **Departamento de Apoio ao Imobilizado (DAI)**;
- gestão da manutenção preventiva e correctiva do equipamento de electromedicina – **Departamento de Electromedicina e Manutenção (DEM)**;
- controlo ambiental e energético, abrangendo a gestão das áreas técnicas associadas – **Departamento de Controlo Ambiental e Energético (DCAE).**

Os três departamentos reportam ao Responsável de Serviço e são apoiados pela secção do *Helpdesk,* Planeamento e Qualidade (HPQ), que reúne as funções de atendimento ao cliente, de apoio administrativo e de planeamento operacional.

O *Helpdesk* assume uma relevância particular na dinâmica do Serviço por representar a interface deste com os restantes serviços do CHVNG/E, sendo o ponto de entrada dos pedidos de intervenção, na forma de requisições internas criadas no software adoptado ou via contacto telefónico. A partir dos pedidos recebidos o *Helpdesk* efectua a sua triagem e priorização, procedendo à geração de ordens de trabalho (OTs) que são encaminhadas para os diferentes departamentos técnicos, responsáveis pela sua resolução, ou para empresas externas.

Por uma questão de gestão de recursos internos, foi estabelecido que o *Helpdesk* seria responsável não só pela recepção dos pedidos do âmbito de actuação do SEE, mas também dos do âmbito do SOI; embora as actividades de Planeamento e Qualidade da secção tenham um carácter interno ao SEE. Sendo assim, a geração de OTs e o seu encerramento em sistema informático são transversais aos dois serviços, enquanto a resolução das respectivas OTs é gerida internamente por cada serviço de forma independente.

De uma forma simplificada, a actividade do SEE resume-se (Figura 7):

- à recepção dos pedidos de intervenção, sua triagem e priorização, originando uma OT;
- consoante a natureza do pedido, a OT é encaminhada para o SOI, para um dos departamentos do SEE ou para uma empresa externa (caso o SEE não detenha recursos internos para a sua resolução);
- nos casos em que se trata de uma reparação/substituição de peça/equipamento, a OT origina o pedido de orçamento, e consequente processo de aprovação ou não (pelo Responsável de Serviço para montantes até 500€ ou pelo CA para montantes superiores), antes da resolução do pedido;
- resolução técnica da OT, seguindo-se os trâmites para o encerramento e arquivo do processo;
- planificação, atribuição e realização ou acompanhamento das actividades de manutenção preventiva, que são da competência interna do DCAE ou DEM ou são atribuídas a empresas externas.

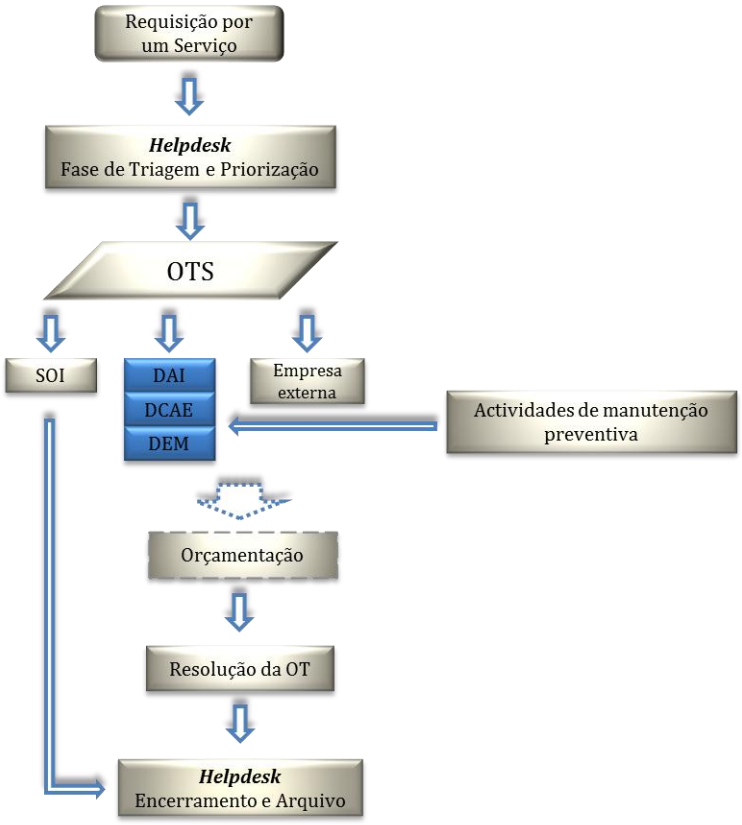


Figura 7 – Esquema representativo da actividade do SEE.

A actividade do SEE pode assim ser caracterizada em duas vertentes, que representam desafios diferentes para a gestão do Serviço. Em termos de atendimento ao cliente, a estrutura organizacional do SEE é responsável pela geração de OTs a partir de um volume médio anual de 11.433 pedidos de intervenção (considerando dados de 2009 e 2010), bem como pelo seu posterior encerramento. Se considerarmos a prestação de serviços técnicos, o Serviço é responsável pela resolução de cerca de 51% deste volume de OTs por ano (5.831 OTs) e pelo registo e controlo de um total de cerca de 42.000 Bens através da gestão do inventário do CHVNG/E.

É possível estabelecer algumas comparações com os dados relativos ao volume de pedidos anuais obtidos para os dois Hospitais mencionados anteriormente, o HESE e o CHLN. Relativamente ao HESE, verifica-se que o SEE gere um número superior de OTs anuais, 11.433 em relação a 4.997, embora o último dado não inclua as acções de manutenção preventiva. Contudo, não se podem retirar conclusões de forma completa, uma vez que não se dispõe de informação quanto ao número de colaboradores do serviço no HESE e a área de influência directa do hospital é de cerca de 174 mil habitantes, enquanto a do CHVNG/E é de cerca de 330 mil habitantes (CHVNG/E, 2011a; HESE, 2008).

Quanto aos dados relativos à gestão de instalações e equipamentos no CHLN, é possível efectuar uma análise mais concreta, uma vez que a área de influência directa do CHLN, 350 mil habitantes, é mais próxima da do CHVNG/E. Relativamente ao número anual de pedidos, no CHLN o volume é aproximadamente o dobro. Contudo apenas cerca de 9.000 são resolvidos por meios internos, incluindo OTs relativas a equipamentos e também a instalações. Considerando que o SEE dispõe de apenas 10 colaboradores, enquanto o CHLN dispõe de 104, e que resolve por meios próprios cerca de 2.400, pode-se afirmar que mediante os recursos disponíveis o SEE apresenta um bom desempenho comparativamente. É de realçar que o SEE acumula também as funções de inventariação, enquanto no CHLN estas são da responsabilidade do serviço que coordena o aprovisionamento.

De forma a traçar um perfil de actividade anual para o Serviço, representou-se graficamente o número mensal de OTs atendidas para o SEE e o número mensal de OTs atendidas por departamento/assistente, sendo que assistente corresponde a empresa externa, durante o ano de 2010 (Figura 8). Em média, são geradas 456±120 OTs por mês, verificando-se um pico relativamente a este valor em Janeiro e uma redução nos meses de Março, Junho, Julho e Novembro.

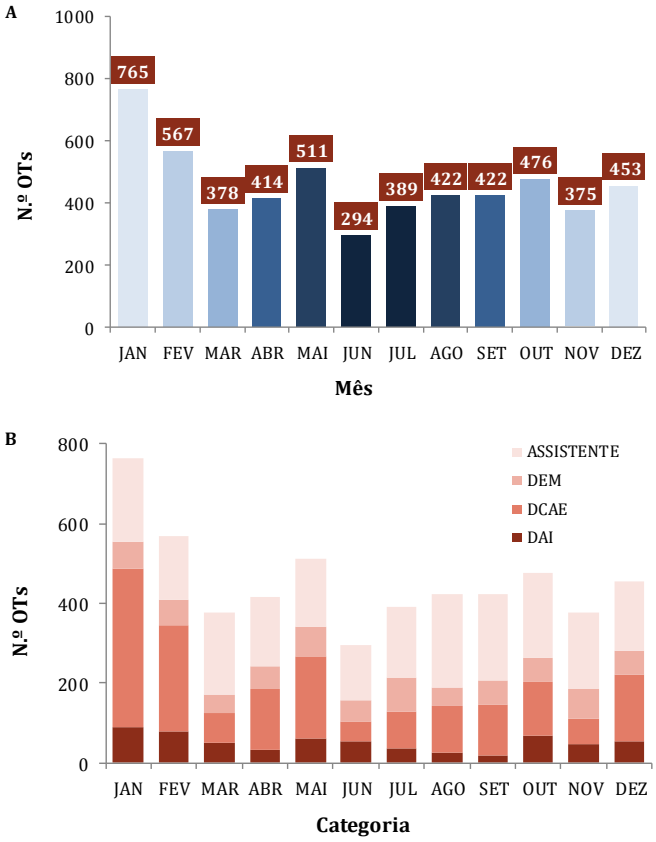


Figura 8 – Representação gráfica (A) do número mensal de OTs atendidas para o SEE e (B) do número mensal de OTs atendidas por departamento ou para assistente externo durante o ano de 2010.

Se analisarmos os dados do mês de Janeiro em ambos os gráficos, verifica-se que o pico registado na representação mensal, também se verifica relativamente às OT atribuídas ao DCAE. Este valor deve-se à geração de OTs relativas às actividades de manutenção preventiva previstas para os sistemas de AVAC (Aquecimento, Ventilação e Ar Condicionado) e outras áreas técnicas do âmbito deste departamento, de acordo com o Plano de Manutenção elaborado. Dadas algumas limitações actuais do software utilizado na gestão de OTs, não é possível realizar o carregamento automático destas acções planeadas, sendo necessário gerar as OTs de forma individual antecipadamente, o que exige uma alocação extra de recursos do HPQ.

O facto de as OTs de manutenção preventiva do DCAE serem geradas na sua totalidade no primeiro mês do ano, é também explicativo da redução verificada nos meses de Março e Novembro, uma vez que é durante este período que são realizadas as actividades de manutenção com a OT já realizada. Sendo assim, o diferencial de tempo entre a geração e a conclusão da OT tem como consequência o decréscimo verificado nos dados mensais, embora em termos de actividade de realização técnica esta seja superior para o departamento nos meses de Março e Novembro, e não em Janeiro.

Relativamente aos meses de Junho e Julho, o número inferior de OTs deve-se a uma redução generalizada nos dias de actividade no CHVNG/E, consequência do próprio calendário civil conjugado com uma prevalência de períodos de férias; e à própria gestão interna dos recursos humanos do SEE, verificando-se neste período uma redução da sua disponibilidade. Em termos da distribuição mensal das OTs atendidas por departamento/assistente, o número não sofre uma variação significativa em função do mês para a generalidade das secções, excepto para o DCAE, indicando que o período do ano não influencia a actividade.

3.2 Indicadores de Avaliação do Funcionamento

Mediante a análise realizada à actividade do SEE, considerou-se como pontos críticos no seu funcionamento a entrada dos requisitos do cliente e o tempo de resposta a este, resultante dos procedimentos adoptados na gestão de OTs. Por forma a proceder a uma análise estatística destes pontos, definiram-se indicadores a quantificar para as falhas no processo de requisição e para o tempo de atendimento ao cliente.

3.2.1 Processo de requisição

Como indicador para as falhas na entrada dos requisitos do cliente, considerou-se de interesse analisar as não conformidades presentes no processo de elaboração de requisições pelos clientes internos, que condicionam a correcta geração de OTs pelo *Helpdesk* (os restantes serviços do CHVNG/E). Para a quantificação e análise estatística dos dados, optou-se por aplicar duas das designadas "Ferramentas da Qualidade", as Folhas de Verificação (FV), por facilitarem contabilização dos dados pretendidos; e o Diagrama de Pareto, por permitir a identificação da importância relativa dos problemas, com base na regra 80/20 (20% das ocorrências causam 80% dos problemas), facilitando a sua resolução (Duret & Pillet, 2009).

Primeiramente, procedeu-se à análise do formulário de requisição disponível no software e ao diálogo com o colaborador responsável pela geração de OTs à data, de forma a identificar os campos cujo correcto preenchimento haveria interesse em quantificar. Seleccionaram-se os campos Opção, Equipamento, Centro de Custo, Destino e Descrição e as situações em que a requisição corresponde a uma segunda via. O colaborador foi igualmente abordado no sentido de cooperar na recolha dos dados, através do preenchimento da FV elaborada para o efeito (FV01 – Anexo 1), tendo-se obtido total disponibilidade da sua parte.

Conjuntamente com a FV procedeu-se à elaboração de uma Instrução de Trabalho (IT) para o seu preenchimento (IT02 – Anexo 2), tendo sido ambos os documentos pensados considerando o objectivo pontual da avaliação do indicador, mas também a monitorização futura da sua evolução, numa perspectiva de melhoria contínua do SGQ. A FV foi definida com o intuito de permitir, quer uma quantificação total das não conformidades nos dados-chaves referidos, quer com o de possibilitar a análise parcial das falhas nos campos Equipamento, Centro de Custo, Destino e Descrição em função da Opção considerada na elaboração da requisição. Este objectivo foi devidamente explicitado na Instrução de Trabalho associada.

Após a disponibilização dos documentos ao colaborador envolvido para sua análise pessoal, determinou-se que para o preenchimento da FV se consideraria como amostra as requisições internas atendidas no software de Gestão de OTs durante Maio de 2011, o que perfez um total de 1329 requisições analisadas. Recolhidos os dados (Anexo 3), construiu-se o Diagrama de Pareto considerando todos os dados-chave, conforme apresentado na Figura 9.

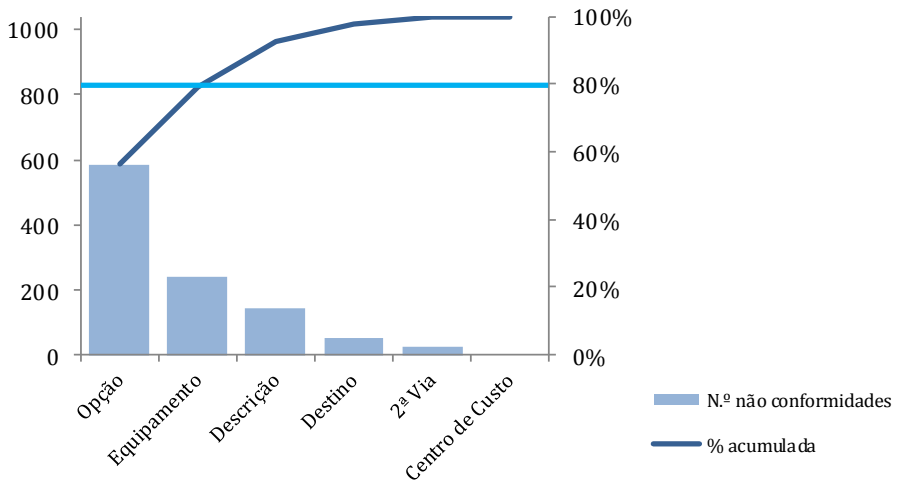


Figura 9 – Diagrama de Pareto relativo às não conformidades na elaboração de requisições internas.

O número total de não conformidades quantificadas foi elevado, perfazendo as 1041, numa amostra de 1329 requisições, o que confirma a existência de deficiências na entrada dos requisitos e a necessidade de melhoria do processo. Aplicando o Princípio de Pareto aos dados, verifica-se que as não conformidades identificadas ao nível dos dados-chave Opção e Equipamento são as principais causas das falhas na entrada dos requisitos do cliente. Se aplicarmos o mesmo princípio aos dados relativos a cada Opção (1 – Equipamento; 2 – Equipamento Não Definido; 3 – Equipamento Indiferenciado; 4 – Infraestrutura), verifica-se novamente o dado-chave Equipamento como causa principal, mas também o da Descrição, como fonte de não conformidades (ver Anexo 3).

Mediante os resultados obtidos para o indicador e a análise com base no Princípio de Pareto, devem ser consideradas acções correctivas de melhoria. Foi realizada a sugestão da introdução de um alerta para a importância do correcto preenchimento dos campos identificados como causa principal na deficiência do processo – Opção, Equipamento e Descrição – no próprio formulário de requisição disponível no software. É ainda recomendada uma acção de sensibilização junto dos clientes internos para o tema, que pode incluir a disponibilização de uma instrução de trabalho de fácil consulta e utilização.

3.2.2 Atendimento ao cliente

Na análise dos tempos envolvidos desde o pedido de intervenção até ao seu encerramento em sistema, revelou-se de interesse quantificar três fases do processo:

- o tempo decorrido entre a criação da requisição interna pelo cliente no software e a geração da OT pelo *Helpdesk*, designado por tempo de entrada – $T_{in}OT$;
- o tempo decorrido entre a geração da OT e a sua conclusão, ou seja a resolução da necessidade do cliente , designado por tempo de conclusão – $T_{con}OT$;
- e o tempo decorrido entre a conclusão da OT e o seu encerramento em sistema, designado por tempo de encerramento – $T_{out}OT$.

Como amostra para o indicador consideraram-se todas as OTs geradas pelo *Helpdesk* no período entre 1 de Julho e 31 de Dezembro de 2010, o que corresponde à totalidade dos pedidos de intervenção recebidos pelo SEE e SOI nesse período, uma vez que, à data as requisições eram realizadas apenas via software, não existindo ainda a possibilidade de contacto telefónico, como supra mencionado. A amostra considerada apresenta assim uma dimensão de 5291 OTs, número que se considerou representativo para análise.

Os dados foram recolhidos através do software utilizado para a gestão de OTs, de onde para cada OT se retirou para um ficheiro Excel a informação relativa às diferentes datas registadas: data de requisição, data de geração OT, data de conclusão e data de encerramento. A cada OT foi atribuída uma categoria, consoante o responsável pela sua conclusão: 1 – DAI; 2 – DCAE; 3 – DEM; 4 – Assistente; 5 – SOI.

Das 5291 OTs analisadas, 3852 estavam dadas como concluídas e encerradas em sistema, o que corresponde a 73% da amostra, indicando assim que existe ainda um grande volume por fechar. Estes 27% podem ser explicados pelo facto de as OTs estarem concluídas, mas ainda não encerradas em sistema (uma vez que a data de conclusão é inserida informaticamente apenas na data em que se procede ao encerramento da OT em sistema); pelo facto de alguns pedidos de intervenção acabarem por não originar uma resolução técnica; ou ainda por não conformidades internas na realização dos procedimentos. Este resultado é assim indicador da necessidade de agilização dos procedimentos e de melhoria dos recursos informáticos associados à gestão das OTs, estando já prevista a aquisição de um novo software.

A partir das datas recolhidas para cada OT, procedeu-se então ao cálculo dos tempos indicadores anteriormente descritos, por forma a obter um valor médio mensal e em função da categoria da OT para cada um dos indicadores (Anexo 4).

Se efectuarmos a análise à variação dos tempos em função dos meses analisados (Figura 10), verifica-se uma tendência comum, em que o tempo de entrada regista valores médios muito inferiores ($\overline{T}_{in}OT = 0,31 \pm 0,22d$), com um máximo de 15 horas; seguido do tempo de conclusão, cerca de 70,1 vezes superior ($\overline{T}_{con}OT = 20,5 \pm 3,7d$); e por fim o tempo de encerramento, cerca de 113,3 vezes superior ($\overline{T}_{out}OT = 33,0 \pm 10,2d$). Nos meses de Julho e Agosto, destacam-se os tempos de encerramento mais elevados, devido à menor disponibilidade de recursos já anteriormente mencionada, característica dos meses de Verão.

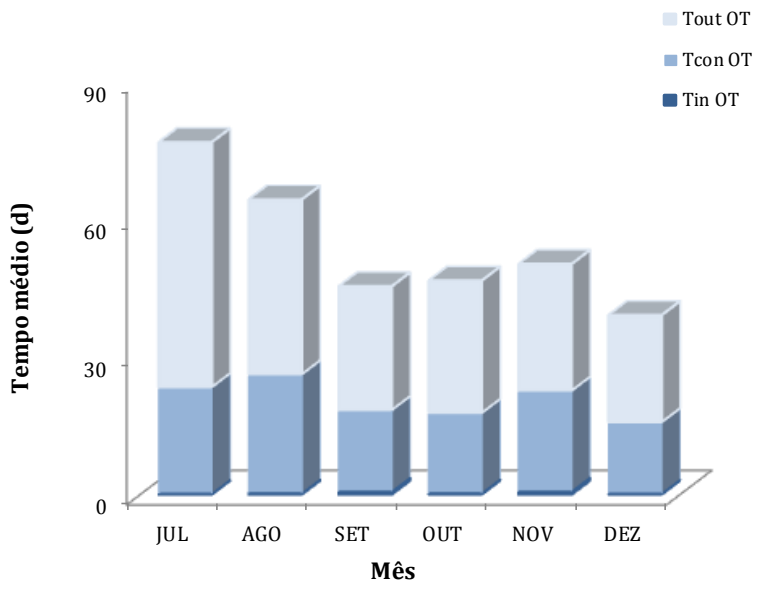


Figura 10 – Representação gráfica do tempo médio de entrada, de conclusão e de encerramento em função do mês da OT.

Relativamente ao efeito da categoria nos indicadores definidos (Figura 11), mantém-se a tendência para um tempo de entrada muito inferior ($\overline{T}_{in}OT = 0,34 \pm 0,16d$), em relação ao tempo de conclusão ($\overline{T}_{con}OT = 26,3 \pm 10,4d$) e ao de encerramento ($\overline{T}_{out}OT = 39,7 \pm 13,8d$), embora para os dois últimos a variação seja superior entre as categorias. O tempo de encerramento prevalece igualmente superior ao de conclusão, excepto para a categoria 4 – Assistente.

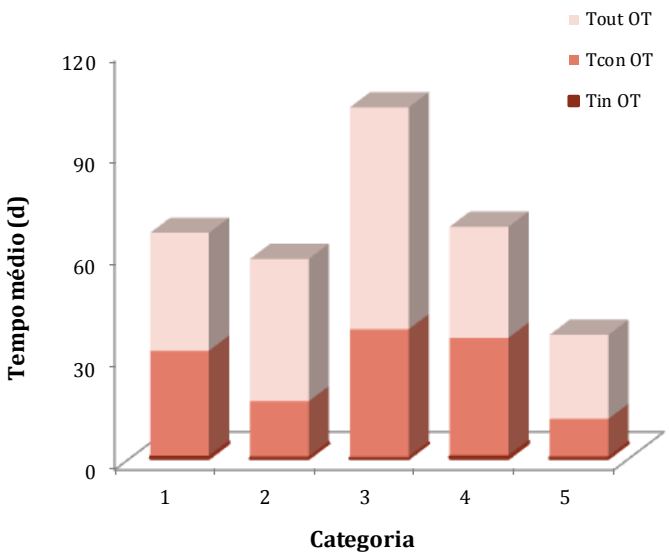


Figura 11 – Representação gráfica do tempo médio de entrada, de conclusão e de encerramento em função da categoria da OT.

O efeito da categoria é visível para o tempo de conclusão e para o de encerramento, mas não para o de entrada. Sendo assim, este não se considera na análise de seguida efectuada.

Na categoria 5, registam-se os tempos médios mais baixos, devido à resolução das OTs, no caso do SOI, depender em grande parte de recursos internos, centralizados nas Oficinas, agilizando o processo. Quanto ao encerramento, o seu tempo médio é inferior devido às OTs não terem associada nenhuma documentação específica, dependendo o seu fecho em sistema apenas do registo do tempo dos técnicos na mesma.

No DCAE (categoria 2), também se regista um tempo de conclusão baixo, relativamente à média. Este valor pode ser explicado pelo facto de a actividade do departamento incluir muitas acções de manutenção preventivas ou planeadas, o que proporciona uma prévia alocação dos recursos necessários; e também pelo facto de muitas das OTs atendidas para este departamento serem reencaminhadas para empresas externas com contrato de permanência no CHVNG/E, o que agiliza a resolução do problema dada a proximidade do assistente. Estas OTs não são assim contabilizadas na categoria 4.

As OTs relativas aos equipamentos de electromedicina (categoria 3) apresentam o tempo de conclusão mais elevado, devido à maior complexidade técnica dos equipamentos e aos valores financeiros mais elevados envolvidos, estando muitas vezes incluído no processo de resolução da OT o desencadeamento de pedidos de orçamento ou o encaminhamento para empresas externas, o que implica um acréscimo de tempo. Além disso, a actividade do DEM também inclui a gestão da manutenção preventiva relativa à electromedicina, sendo necessário gerar OTs antecipadamente para alguns equipamentos, à semelhança do descrito anteriormente para o DCAE, que apenas são concluídas aquando da realização da acção de manutenção. O tempo de encerramento das OTs do âmbito do DEM é também o mais elevado relativamente às outras categorias consideradas, o que se atribui ao facto de muitas das OTs terem associado um relatório de assistência técnica, necessário para o encerramento em sistema, documento que muitas vezes tarda a ser disponibilizado pela empresa externa envolvida, atrasando o fecho da OT.

Na categoria 4, como já mencionado o tempo de conclusão é superior ao de encerramento, o que pode ser explicado pelo facto de o procedimento de contacto por fax com o assistente não estar ainda optimizado, havendo um diferencial de tempo significativo entre a geração da OT e o contacto com o assistente, que é contabilizado neste tempo.

Nas OTs relativas ao DAI, o tempo de conclusão é relativamente elevado em relação à média, devido a muitas vezes os pedidos de intervenção requerem orçamentação ou a incluírem pedidos de realização de transportes de Bens (nem sempre havendo capacidade de armazenamento imediata), o que resulta no aumento do tempo de resolução da OT.

Mediante os dados recolhidos, considerou-se de interesse no seu tratamento a aplicação da técnica estatística de análise de variância, já que esta permite a análise da dispersão total presente num conjunto de dados e a identificação dos factores que a originaram, bem como da sua contribuição (Guimarães & Cabral, 2007). Para a sua realização recorreu-se ao software R, uma linguagem desenvolvida para a estatística computacional e gráfica (Venables *et al.*, 2011). Devido ao grande afastamento dos dados de uma distribuição normal, as hipóteses do teste – homogeneidade da variância entre grupos e não existência de *outliers* – não se verificaram, não sendo as conclusões do teste válidas.

Contudo, os dados obtidos indicaram que poderia ter interesse analisar o $T_{con}OT$ como uma variável categórica, já que assim se incluíram na análise as OTs não concluídas, até aqui não consideradas devido aos tempos zeros, neste caso, não terem significado enquanto variável contínua. Considerou-se pertinente a definição de quatro classes para o $T_{con}OT$ (Tabela 4), de forma a testar a sua independência em relação ao mês e à categoria das OTs.

Tabela 4 – Classes consideradas para $T_{con}OT$

Tempo (h)	Tempo (d)	Classes $T_{con}OT$
0	0	Não Concluída (NC)
>18	>0,75	Demorado
]3,18]	]0,13;0,75]	Normal
]0,3]	]0;0,13]	Rápido

Com esse objectivo, decidiu-se aplicar o teste não-paramétrico de independência do Qui-quadrado, que permite verificar se duas variáveis em questão são ou não relacionadas, a partir da definição de duas hipóteses (Guimarães & Cabral, 2007):

H_0 : As variáveis são independentes

H_1 : As variáveis não são independentes.

Considerando que a variável X pode ser observada em I categorias não sobreponíveis (X_i com $i = 1, 2, ..., I$ e $I \geq 2$) e a variável Y em J categorias igualmente não sobreponíveis (Y_i com $j = 1, 2, ..., J$ e $J \geq 2$), e sejam(Guimarães & Cabral, 2007)

N_{ij} : a frequência observada na célula,

$N_{i\bullet} = \sum_{j=1}^{J} N_{ij}$: a frequência marginal observada na categoria X_i, 3-1

$N_{j\bullet} = \sum_{i=1}^{I} N_{ij}$: a frequência marginal observada na categoria Y_i, 3-2

$N = \sum_{i=1}^{I} \sum_{j=1}^{J} N_{ij}$: a dimensão da amostra, 3-3

a estatística do teste de independência do Qui-quadrado $(Q")$ é calculada pela expressão

$$Q" = \sum_{i=1}^{I} \sum_{j=1}^{J} \frac{\left(N_{ij} - e_{ij}\right)^2}{e_{ij}} \quad 3\text{-}4$$

em que,

$$e_{ij} = \frac{N_{i\bullet} \cdot N_{j\bullet}}{N} \quad 3\text{-}5$$

O teste não deve ser utilizado nos casos em que mais do que 20% das frequências e_{ij} forem inferiores a 5 ou se algumas das mesmas for menor que 1.

Em ambos os testes realizados, A – análise da independência entre as classes de $T_{con}OT$ e o mês e B – análise da independência entre as classes de $T_{con}OT$ e a categoria, se considerou um nível de significância de 5% (Guimarães & Cabral, 2007). As tabelas de contingência com os resultados obtidos para ambos os testes apresentam-se no Anexo 5, sendo que quer para o teste A, quer para o teste B se verificou que o teste é passível de ser aplicado, uma vez que nenhuma das frequências é inferior a 5. Mediante os parâmetros obtidos para cada um dos testes (Tabela 5), pode-se afirmar que a H_0 é rejeitada em ambos os casos, já que a probabilidade de significância (p) obtida é muito inferior a 0,05 e o valor de $Q"$ muito superior ao valor crítico da distribuição de Qui-quadrado χ^2_{GL} (Guimarães & Cabral, 2007; Hill & Lewicki, 2006).

Tabela 5 – Resultados dos testes não-paramétricos de independência do Qui-quadrado

Parâmetros	Teste A	Teste B
$Q"$	56,58	302,55
GL	15	12
p	9,68x10^{-7}	1,37x10^{-57}
χ^2_{GL}	32,80	28,30

Sendo as variáveis não independentes nos dois testes, é possível calcular o seu grau de associação (Anexo 6). Uma das medidas que se utiliza é o coeficiente de contingência de Pearson (C), baseado na comparação das frequências absolutas observadas com as frequências absolutas que se teriam no caso de independência entre as variáveis, sendo dado por (Hill & Lewicki, 2006)

$$C = \sqrt{\frac{Q"}{Q"+N}} \qquad 3\text{-}6$$

O coeficiente toma valores entre 0 e 1, mas nunca atinge o valor 1. O valor 0 corresponde à situação de independência e quanto mais elevados os valores, mais forte a associação entre as variáveis (Hill & Lewicki, 2006). No caso do teste A obteve-se $C = 0{,}103$, enquanto no teste B o valor é de $C = 0{,}233$. Confirma-se assim a associação entre as variáveis, sendo mais forte entre $T_{con}OT$ e a categoria da OT, do que com o mês.

Analisando os resultados relativos à classe NC, no teste A verifica-se uma dependência entre as variáveis com significado durantes os meses de Julho e Agosto, enquanto no teste B existem diferenças em função da categoria. A percentagem de OTs não concluídas é representativa em todas as categorias, destacando-se para o DAI (categoria 1) e para os assistentes (categoria 4) – ver Anexo 5. Estes dados vêm no seguimento das justificações apresentadas anteriormente para os 27% de OTs por fechar em sistema, indicando uma associação entre os motivos mencionados e estas duas áreas. Relativamente às classes definidas para as OTs concluídas no teste A a distribuição é muito semelhante, excepto para a Demorado no mês de Setembro, enquanto no B existem diferenças (Figura 12).

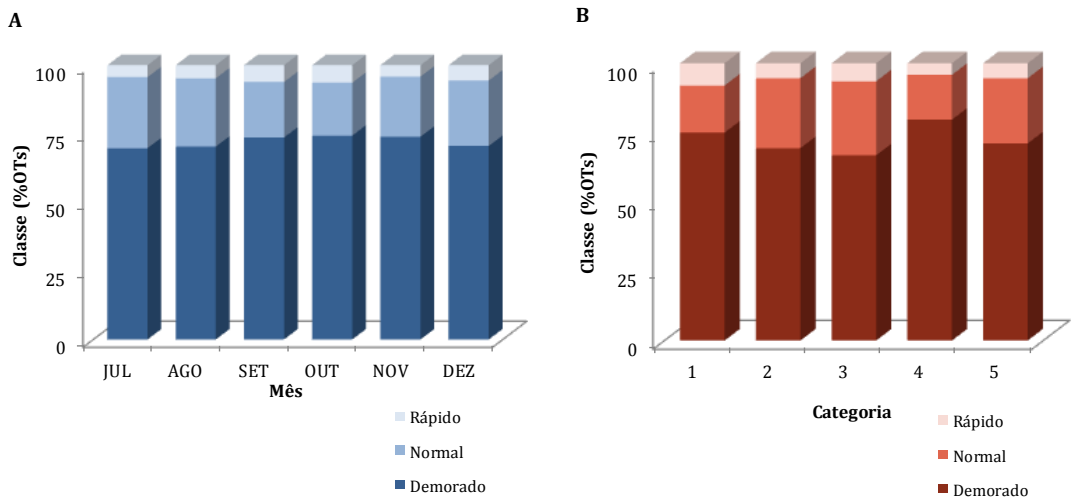


Figura 12 – Representação gráfica da percentagem de OTs por classe de OTs concluídas para o (A) teste A e para o (B) teste B.

Considerando as OTs concluídas (Figura 12B) para a categoria, o DCAE, o DEM e o SOI apresentam uma distribuição muito semelhante pelas três classes – Demorado, Normal e Rápido – tendo o melhor perfil comparativo de tempo. Estes resultados são coerentes com a análise efectuada em relação aos tempos médios para o DCAE e para o SOI, mas não para o DEM, que apresenta o $\overline{T}_{con}OT$ mais elevado. Este dado indica que para esta categoria, os casos de maior complexidade técnica e maior valor de orçamento apresentam tempos de conclusão na classe Demorado muito altos, afectando negativamente o valor de tempo médio obtido.

A categoria 4 apresenta o maior número de OTs concluídas em tempo superior a 18 horas, representando 80% do total. O DAI apresenta a maior percentagem relativa de OTs resolvidas em menos de três horas, e um valor elevado para a classe Demorado, o que indica que quando os pedidos de intervenção não são solucionados em três horas, têm tendência a só ser resolvidos num período após 15 horas ou mais.

3.3 Implementação do SGQ

Na fase de aprendizagem do funcionamento do serviço, tomou-se conhecimento que existia no antigo serviço, o SIES, um trabalho iniciado no âmbito da implementação de um SGQ, mas que por motivos internos não havia sido terminado. Após a sua análise, considerou-se que não teria interesse o uso dessa informação no trabalho a realizar, tendo-se desenvolvido o SGQ desde o início. Além disso, estava disponível no portal da Instituição um Manual do Imobilizado do Hospital, do qual se retirou alguma informação para a definição dos processos e procedimentos realizada. Dado a informação disponível nesse manual não estar actualizada e completa, não abrangendo todo o âmbito de actividade do SEE, nem estar adaptado a uma estrutura de SGQ, optou-se por elaborar um novo Manual de Procedimentos gerais do Serviço, segundo as recomendações da norma utilizada.

No desenvolvimento do SGQ aqui apresentado, foram tidas em conta duas condições essenciais: satisfazer os requisitos da norma de referência considerada e respeitar a cultura da organização, independentemente das alterações introduzidas.

O processo de desenvolvimento do SGQ a implementar no SEE baseou-se na norma NP EN ISO 9001:2008 (adiante designada por Norma), tendo-se adoptado uma abordagem por processos, como recomendado na referida Norma (IPQ, 2008).

O âmbito do SGQ engloba toda a actividade do SEE, que se traduz nas três vertentes principais da gestão de equipamentos e instalações:

- *Gestão da manutenção de equipamentos e electromedicina;*
- *Gestão do imobilizado;*
- *Controlo energético e ambiental.*

Seguindo a recomendação da Norma, avaliou-se se todas as secções da secção 7 seriam aplicáveis ao SGQ. Decidiu-se pela exclusão do requisito 7.3 (Concepção e Desenvolvimento) da NP EN ISO 9001:2008, uma vez que não se consideram as actividades de concepção e desenvolvimento na realização da actividade da Organização, dada a sua natureza.

Como estratégia para a implementação, começou-se por nomear o Representante da Gestão no Serviço, com o objectivo de envolver a Organização na implementação do SGQ, de favorecer a sua eficiência e de assegurar a sua continuidade após o término do estágio curricular. A responsabilidade foi atribuída a um colaborador do HPQ, estando a nomeação formal presente no Anexo 7.

Seguidamente, procedeu-se à definição da estrutura documental para o SGQ do SEE, tendo em consideração (APCER, 2010; IPQ, 2008):

- a dimensão da organização, o tipo de actividades e a competência do pessoal;
- os requisitos da documentação exigidos pela Norma;
- a aplicação de uma abordagem por processos;
- e que a estrutura adoptada deve criar um "sistema de gestão documentado" e não um "sistema de documentos".

Mediante estes princípios, optou-se por desenvolver o sistema documental apresentado na Figura 13, que incluí:

- Política e Objectivos da Qualidade;
- Manual de Gestão da Qualidade;
- Manual de Processos e Manual de Funções;
- Manual de Procedimentos;
- ITs, FVs e Impressos;
- Registos.

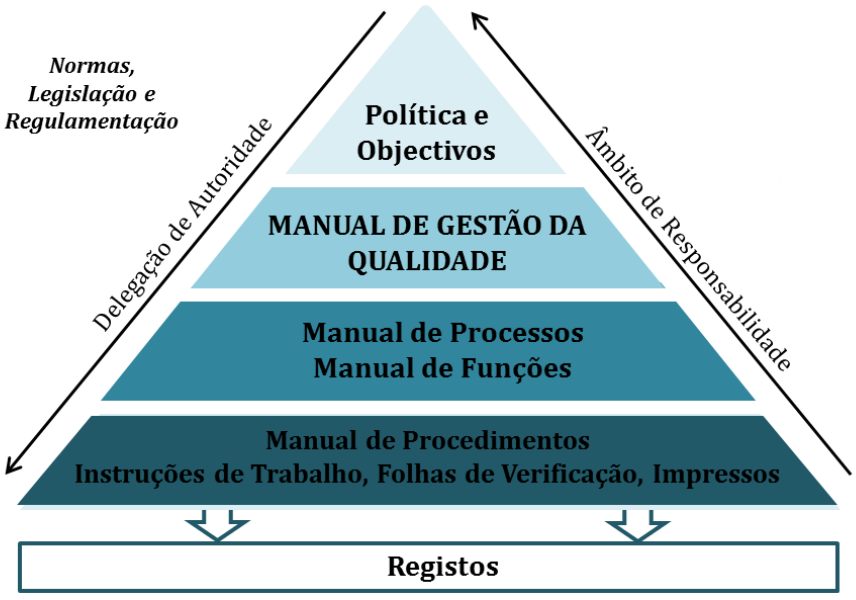


Figura 13 – Estrutura Documental do Sistema de Gestão da Qualidade implementado.

Analisando a estrutura em pirâmide desenhada, a Política e os Objectivos da Qualidade traduzem o comprometimento da gestão e as metas associadas à implementação do SGQ, seguindo-se o Manual de Gestão da Qualidade, que constituí o documento fundamental de suporte ao SGQ, enunciando a informação essencial relativamente a este. De seguida, optou-se por definir um Manual de Processos, no qual os processos são esquematizados e descritos; e um Manual de Funções, onde se formaliza as competências dos diferentes colaboradores do SEE, bem como a hierarquia de funções e a política de substituição que regulam a actividade do Serviço. Dada a complexidade dos processos e a necessidade interna da existência de um documento que materialize e detalhe os procedimentos a seguir na actividade diária, criou-se um Manual de Procedimentos, estabelecendo-se a matriz de relação entre os diferentes processos e os procedimentos documentados elaborados. Na base, considerou-se ainda os impressos necessários ao SGQ e os registos da Qualidade a ter em conta.

Os requisitos da documentação impostos pela Norma foram abrangidos na estrutura desenhada através: da associação de declarações documentadas à Política e aos Objectivos da Qualidade (Anexo 7); do desenvolvimento de um Manual de Gestão da Qualidade que inclui o campo de aplicação do SGQ, refere os procedimentos documentados obrigatórios do SGQ, e descreve as interacções dos processos do SGQ; e da inclusão no Manual de Procedimentos de sete procedimentos documentados associados às secções da Norma que assim o exigem. (APCER, 2010; IPQ, 2008).

Com o objectivo de garantir a uniformidade de estrutura, definiram-se as regras a considerar na elaboração de Impressos, Documentos e Registos do SGQ e elaborou-se um procedimento documentado, posteriormente incluído no Manual de Procedimentos: PDS.01 ELABORAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO (Anexo 15). Neste procedimento, além da definição da forma de registo de alterações, do formato de paginação, da estrutura do cabeçalho e do rodapé, incluiu-se a estrutura do corpo da documentação a considerar para os diferentes manuais e o código do impresso a utilizar.

Definiu-se igualmente que toda a documentação do âmbito do SGQ é verificada pelo Representante da Gestão e aprovada pelo Responsável de Serviço. Tendo em vista a continuidade do SGQ após o estágio, foi atribuído ao HPQ a responsabilidade pela elaboração futura de documentação, bem como a gestão documental. Todos os responsáveis devem rubricar a documentação no respectivo campo definido na estrutura do rodapé com indicação da data.

Antes da definição dos processos a considerar, procedeu-se então à elaboração desses mesmos impressos e das matrizes de registo, num total de 11 documentos, segundo o apresentado na Tabela 2 (Anexos 8 e 9).

Tabela 6 – Relação de impressos e matrizes concebidos na primeira fase de desenvolvimento do SGQ

Código	**Impresso**
SEE.00	Impresso base Declarações Documentadas
SEE.01	Impresso base Matrizes
SEE.02	Impresso base Manuais
SEE.03	Impresso de redacção de Processo
SEE.04	Impresso de redacção de Procedimento
SEE.05	Impresso de redacção de Funções
Código	**Matriz**
MT01	Impressos
MT02	Documentos
MT03	Documentos de Origem Externa
MT04	Registos
MT05	Registo de Cópia

3.3.1 Abordagem por Processos

Tendo por base o conceito de processo e os princípios do Ciclo PDCA, procedeu-se à análise das várias vertentes da actividade do Serviço, de forma a identificar os processos, a definir as suas interacções e a estabelecer um mapa de processos. Optou-se por organizar os processos segundo a classificação proposta pela norma AFNOR FD X50-176: processos de gestão (PG), processos de operacionais (PO) e processos de suporte (PS), como descrito na secção 2.2.2 (Duret & Pillet, 2009).

O modelo de processos considerado baseia-se no proposto pela Norma, ilustrando as interacções dos processos referentes às secções 4 a 8 do documento (Figura 14). Esta representação destaca o papel do cliente na definição de requisitos e a importância da monitorização da satisfação do cliente. Na definição dos processos, englobou-se a actividade interna do SEE e as suas relações com os outros serviços do CHVNG/E e as empresas externas (IPQ, 2008).



Figura 14 – Modelo do SGQ baseado na interacção dos processos.

Uma vez que a identificação de processos só faz sentido quando as actividades que lhe estão associadas podem ser geridas de forma autónoma, ou seja, quando permitem a definição de objectivos e indicadores úteis para a sua monitorização e gestão; na caracterização dos processos foram considerados estes conceitos, tendo-se identificado o objectivo de todos os processos e definido indicadores para aqueles que dada a natureza da actividade se considerou pertinente (Pires, 2007).

Como mencionado, a definição dos processos foi formalizada no Manual de Processos elaborado (Anexo 13), tendo-se documentado cada um deles com a Ficha de Caracterização representada na Figura 15.

Gestor do Processo:							
Entradas		Origem		Saídas		Clientes	
Áreas intervenientes	Sequência de Actividades						Indicadores Globais
	...	...	...	...			
...							
Indicadores Actividade							
Procedimentos							
Registos							

Figura 15 – Representação da Ficha de Caracterização utilizada na formalização dos processos.

A Ficha de Caracterização é uma forma de cartografia de processos, onde é indicado o objectivo do processo, as suas entradas e as respectivas origens; as saídas e os respectivos destinatários; o gestor; as suas actividades principais; as diferentes áreas intervenientes; os indicadores e os procedimentos e registos associados (Pires, 2007).

3.3.2 Manual de Procedimentos

Mediante os processos definidos e os requisitos da Norma, determinaram-se os procedimentos a elaborar, já que consoante o processo, um procedimento pode documentá-lo com maior ou menor detalhe, em função da competência dos operadores envolvidos (Duret & Pillet, 2009). Os documentos desenvolvidos foram agrupados no Manual de Procedimentos (Anexo 15) por departamento de actividade do SEE, tendo em conta o seu âmbito.

A correspondência dos procedimentos com os processos foi clarificada no Manual através da inclusão de uma matriz de relação (Tabela 7) e através do uso da mesma classificação aplicada aos processos na sua codificação: procedimentos de gestão (PDG), procedimentos operacionais (PDO) e procedimentos de suporte (PDS).

Tabela 7 – Procedimentos elaborados, respectiva classificação e relação com os processos do SGQ

Procedimento vs Processo		PG.01	PG.02	PG.03	PO.01	PO.02	PO.03	PO.04	PO.05	PO.06	PO.07	PS.01	PS.02	PS.03
PDG.01	PLANEAMENTO DO SGQ	■												
PDG.02	REVISÃO DO SGQ	■												
PDG.03	ELABORAÇÃO DO PLANO DE ACTIVIDADES	■												
PDG.04	ACTUALIZAÇÃO DO PLANO DE ACTIVIDADES	■												
PDG.05	ELABORAÇÃO DO PLANO DE AQUISIÇÕES PROGRAMADAS	■												
PDG.06	ELABORAÇÃO DO PLANO DE FORMAÇÃO		■											
PDG.07	REALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE ACÇÕES DE FORMAÇÃO		■											
PDG.08	ELABORAÇÃO DO PLANO DE FÉRIAS		■											
PDG.09	ELABORAÇÃO DO PLANO DE CONTROLO INTERNO E MELHORIA			■										
PDG.10	AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS CLIENTES			■										
PDG.11	AUDITORIA INTERNA			■										
PDG.12	CONTROLO DO SERVIÇO NÃO CONFORME			■										
PDG.13	TRATAMENTO DE RECLAMAÇÕES			■										
PDG.14	ACÇÕES CORRECTIVAS			■										
PDG.15	ACÇÕES PREVENTIVAS			■										
PDO.01	ATENDIMENTO DAS REQUISIÇÕES INTERNAS				■									
PDO.02	GESTÃO DE OTS COM CONTRATO DE ASSISTÊNCIA				■									
PDO.03	GESTÃO DE OTS SEM CONTRATO DE ASSISTÊNCIA				■									
PDO.04	ENCERRAMENTO E ARQUIVO DAS OTS				■									
PDO.05	ORÇAMENTAÇÃO DE REPARAÇÕES/SUBSTITUIÇÕES ATÉ 500€				■									
PDO.06	ORÇAMENTAÇÃO DE REPARAÇÕES/SUBSTITUIÇÕES SUPERIORES A 500€				■									
PDO.07	CONFERÊNCIA E REENCAMINHAMENTO DA FACTURAÇÃO				■									
PDO.08	DEFINIÇÃO DE CONTRATOS DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA							■						
PDO.09	ELABORAÇÃO DO PLANO DE ABATES						■							
PDO.10	AQUISIÇÃO DE BENS						■							
PDO.11	RECEPÇÃO E CONFERÊNCIA DE BENS					■								
PDO.12	INVENTARIAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE BENS					■								
PDO.13	CONTROLO INTERNO AO INVENTÁRIO					■								
PDO.14	TRANSPORTE DE BENS						■							
PDO.15	ABATE DE BENS						■							
PDO.16	RETOMA POR REPARAÇÃO						■							
PDO.17	TRANSFERÊNCIA DE BENS						■							
PDO.18	EMPRÉSTIMO DE BENS						■							
PDO.19	CEDÊNCIA DE BENS PARA EMPRÉSTIMO						■							
PDO.20	ELABORAÇÃO DO PLANO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA							■						
PDO.21	REALIZAÇÃO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA INTERNA							■						
PDO.22	ELABORAÇÃO DO PLANO DE MANUTENÇÃO DCAE							■						
PDO.23	COORDENAÇÃO DA MONITORIZAÇÃO EXTERNA DAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS								■					
PDO.24	CONTROLO INTERNO DA QUALIDADE DA ÁGUA								■					
PDO.25	GESTÃO DAS EMPRESAS DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA EM PERMANÊNCIA									■				
PDO.26	MANUTENÇÃO DAS CENTRAIS TÉRMICAS									■				
PDO.27	ELABORAÇÃO DO PLANO DE EFICIÊNCIA ENERGÉTICA										■			
PDO.28	REGISTOS DOS CONSUMOS DA INSTITUIÇÃO										■			
PDS.01	ELABORAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO											■		
PDS.02	GESTÃO DA DOCUMENTAÇÃO											■		
PDS.03	CONTROLO DOS REGISTOS											■		
PDS.04	GESTÃO DE INFRAESTRUTURAS												■	
PDS.05	SELECÇÃO DE FORNECEDORES													■
PDS.06	AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES													■

Definiram-se um total de 49 procedimentos, nos quais se incluem os sete referentes às secções da Norma que requerem procedimentos documentados (Tabela 8): Controlo dos Documentos (secção 4.2.3), ao Controlo dos Registos (secção 4.2.4), à Auditoria Interna (secção 8.2.2), ao Controlo do Produto/Serviço Não conforme (secção 8.3), às Acções Correctivas (secção 8.5.2) e às Acções Preventivas (secção 8.5.3). Considerou-se que para a satisfação dos requisitos das seis secções teria interesse a elaboração de sete procedimentos de forma a facilitar a organização da informação necessária, no seguimento da indicação da Norma de que um único documento pode abordar os requisitos de um ou mais procedimentos ou que um requisito para um procedimento documentado pode ser satisfeito por um ou mais documento (IPQ, 2003; IPQ, 2008).

Tabela 8 – Relação entre os procedimentos documentados requeridos pela Norma e as respectivas secções

Secção da Norma		**Procedimento Documentado**
4.2.3	Controlo dos Documentos	PDS.01 ELABORAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO PDS.02 GESTÃO DA DOCUMENTAÇÃO
4.24	Controlo dos Registos	PDS.03 CONTROLO DOS REGISTOS
8.2.2	Auditoria Interna	PDG.11 AUDITORIA INTERNA
8.3	Controlo do Serviço Não conforme	PDG.12 CONTROLO DO SERVIÇO NÃO CONFORME
8.5.2	Acções Correctivas	PDG.14 ACÇÕES CORRECTIVAS
8.5.3	Acções Preventivas	PDG.15 ACÇÕES PREVENTIVAS

Os procedimentos foram elaborados segundo a estrutura apresentada no Impresso de redacção de Procedimento (SEE.04 – Anexo 8), construída de forma a incluir a definição de: **O quê**, ou seja, o que deve ser executado; **O quem**, isto é, a explicitação das diferentes funções (execução, verificação e responsável); **Os comos**, através da precisão dos documentos necessários ou de apoio às acções consideradas; e, se necessário, de **o quando**, o **onde** e **o quanto** (Duret & Pillet, 2009).

Os fluxogramas foram construídos respeitando as regras elementares para a sua elaboração: mostrar as actividades no interior de caixas facilmente identificáveis, mostrar os fluxos de informação através de linhas ligando as caixas, identificação dos documentos através da sua revisão mais recente e evitar o cruzamento de linhas. Os fluxogramas foram elaborados com recurso à notação simbólica apresentada na Tabela 9, de acordo com as recomendações da Norma ISO 5807:1985 *Information processing* (Manzano, 2004; Pires, 2007).

Tabela 9 – Notação simbólica aplicada na elaboração de Fluxogramas

Símbolo	Significado	Descrição
	Início/Fim	Representa a definição de início e fim do fluxo do procedimento.
	Actividade	Representa a execução de uma actividade ou de um conjunto de actividades.
	Actividade Predefinida	Representa a referência a uma actividade já definida.
	Decisão	Representa a decisão quanto à realização de uma actividade ou não ou entre duas ou mais actividades distintas.
	Documento	Representa a saída de dados da actividade em forma de documento.
	Multidocumentos	Representa a saída de dados da actividade em forma de mais do que um documento.
	Dados	Representa a entrada ou a saída de dados de uma actividade de forma genérica.
	Base de Dados	Representa o armazenamento de dados da actividade em Base de Dados.
	Linha	Representa a ligação entre os vários blocos do fluxograma, possuindo normalmente uma seta indicadora da direcção do fluxo de acção.
	Linha Tracejada	Representa uma actividade cuja realização pode ou não ocorrer em função de uma condição, podendo igualmente apresentar uma seta indicadora da direcção do fluxo de acção.

3.3.3 Manual de Gestão da Qualidade

Dada a flexibilidade de estrutura, formato e conteúdo permitida pela Norma, considerou-se que para o SEE teria maior interesse a criação de um Manual de Gestão da Qualidade (Anexo 12) que enunciasse um resumo do SGQ e dos seus princípios, referenciando a restante documentação de suporte, em vez de um Manual que centraliza-se todo o SGQ. Assim, o Manual de Gestão da Qualidade reúne não só a função de peça-chave de comunicação do SGQ a nível interno, mas também a de documento de apresentação do SGQ do SEE às partes interessadas externas ao Serviço (APCER, 2010).

A elaboração do Manual baseou-se nos requisitos da secção 4.2.2 (Manual da qualidade) da Norma e nas recomendações da Norma 4433:2005 *Linhas de orientação para a documentação de sistemas de gestão da qualidade* (IPQ, 2005; IPQ, 2008). Os pontos obrigatórios e as linhas de orientação foram incluídos na estrutura do Manual da seguinte forma:

- *CONTROLO DO DOCUMENTO*
  Registo do histórico de alterações do documento e da natureza das alterações gerais de edição/revisão.

- *ÍNDICE*
  Listagem de todas as secções do Manual de Gestão da Qualidade, com identificação do seu número (quando aplicável), título e localização.

- *1 INTRODUÇÃO*
  Indicação clara dos responsáveis pela elaboração, manutenção, actualização, verificação e aprovação do Manual (secção 1.3 a 1.5).
  Explicação do procedimento de registo de alterações do documento (secção 1.6).

- *2 APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO*
  Inclusão de informações relativas à organização, tais como a denominação, localização, recursos, descrição da actividade e posição na cadeia de valor (secção 2.1 a 2.3 e 2.5).
  Descrição da estrutura da Organização e apresentação do organigrama (secção 2.3 e 2.4).

- *3 SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE*
  Descrição do SGQ.
  Definição do campo de aplicação do SGQ do SEE e justificação das exclusões (secção 3.1).
  Identificação da norma específica em que o SGQ se baseia (secção 3.1).
  Referência às Declarações Documentadas da Política e dos Objectivos da Qualidade e às considerações relativas à sua definição e revisão (secção 3.3 e 3.4).
  Identificação das responsabilidades da Organização para com o SGQ e do Representante da Gestão (secção 3.5 e 3.6).

- *4 ABORDAGEM POR PROCESSOS*

  Descrição do SGQ.

  Documentação do SGQ (secção 4.1).

  Descrição dos processos e das suas interacções (secção 4.2 e 4.3).

  Referência aos procedimentos documentados requeridos (secção 4.4).

  Identificação das responsabilidades nos processos (secção 4.5).

- *5 APLICAÇÃO DOS REQUISITOS DA NORMA*

  Descrição dos processos e das suas interacções.

  Referência aos procedimentos documentados requeridos.

- *ANEXOS*

  Listagem dos documentos referidos, mas não incluídos no Manual.

3.3.4 Manual de Funções

O Manual de Funções (Anexo 14) foi elaborado em conformidade com as secções 5.5.1 (Responsabilidade e autoridade) e 6.2 (Recursos Humanos) da Norma, tendo-se incluído o organigrama do SEE; uma matriz de competências onde se define a escolaridade, a formação, o saber fazer e a experiência necessários para cada posição no Serviço; e por fim, uma secção de Descrição de Funções, onde se especificam as funções de cada colaborador numa Ficha de Competências, as suas responsabilidades, a hierarquia de autoridade a respeitar e a política de substituição (Figura 16).

Titular:
Dependência Hierárquica:
Competências:
▪
Autoridade:
Política de Substituição:

TOMEI CONHECIMENTO:

Figura 16 – Representação da Ficha de Competências elaborada para cada colaborador.

De forma a garantir a comunicação interna relativamente à informação referida, criou-se um requisito de aprovação para o Manual: as Fichas de Competências elaboradas para as diferentes funções têm de ser do conhecimento dos seus titulares, que é comprovado pela rúbrica dos mesmos no campo "TOMEI CONHECIMENTO:" da respectiva Ficha. Em caso de alteração nos titulares, é efectuada a substituição da Ficha de Competências e regista-se alteração na secção elaborada para o Controlo do Documento.

3.3.5 Normas, Legislação e Regulamentação

Na implementação do SGQ foi efectuado o levantamento das normas, legislação e regulamentação aplicáveis às actividades realizadas pelo SEE, tendo-se considerado os documentos enunciados na Matriz MT03 DOCUMENTOS DE ORIGEM EXTERNA (Anexo 9). A informação relevante que consta na documentação foi considerada como *input* na definição dos processos realizada.

Neste âmbito, foram igualmente desenvolvidas duas normas internas e o regulamento interno do SEE, decorrentes de necessidades identificadas no decorrer do estágio:

A. Ausência de um documento de referência relativo às regras e aos critérios a seguir na inventariação de Bens, que contribuísse para a harmonização dos procedimentos adoptados no Centro Hospitalar;
B. Necessidade de clarificar as regras a considerar na realização do Transporte de Bens, consequente da divisão ainda em organização do SIES no SEE e no SOI;
C. Deliberação do CA relativamente à necessidade de elaboração de regulamento interno para os serviços recém-formados.

As normas foram estruturadas com base no Impresso base da NM (SEE.07 Anexo 8) e o regulamento de interno com base no Impresso base do RI (SEE.06 Anexo 8), segundo as indicações da Estrutura-tipo definida pelo CA em Boletim Informativo. Na sua definição foram considerados *inputs* de outros serviços do CHVNG/E: Serviços Jurídicos, Gabinete de Auditoria Interna, Serviços Financeiros e de Contabilidade e Serviço de Aprovisionamento e Logística.

Em relação ao ponto A, elaborou-se a norma NM01 Registo e Controlo dos Bens Inventariáveis (Anexo 16), onde se definiu o conceito de imobilizado corpóreo, os critérios de inventariação, a metodologia de identificação dos Bens e o procedimento de controlo interno, bem como se identificaram os Bens inventariáveis.

A segunda norma redigida (ponto B) foi a NM02 Transporte de Bens (Anexo 17), onde se regularizou o transporte de Bens sob a tutela do SEE desempenhado de forma interna ou pela Equipa de Transporte do SOI, identificando as diferentes responsabilidades. Por motivos internos à Instituição, a referida norma à data da conclusão do estágio não se encontra em vigor.

O regulamento interno (Anexo 18) foi estruturado em quatro capítulos: Disposições gerais, onde se apresenta o âmbito e a Organização; Da estrutura, onde se enuncia a composição e as competências dos colaboradores; Funcionamento do Serviço, que refere as regras gerais da actividade do Serviço e algumas especificidades desta; Disposições Finais, que inclui as condições de acesso, actualização, esclarecimento de dúvidas/omissões, de entrada em vigor e de revogação.

3.3.6 Instruções de Trabalho, Folhas de Verificação, Matrizes e Impressos

Além da instrução de trabalho mencionada na secção 3.2.1 do presente documento, foi elaborada uma outra relativa à realização do inventário físico (IT.01 Inventariação Física – Anexo 10) como complemento à NM01 já mencionada.

Relativamente às folhas de verificação, além da já referida, foram elaboradas mais vinte e três, referentes às actividades de manutenção preventiva realizadas pelo DEM. Nestas folhas de verificação são descritos os itens a realizar/verificar (actividades de manutenção e testes qualitativos) e a sua periocidade para os diferentes equipamentos incluídos na manutenção preventiva interna (FV02 a FV24 do Anexo 11). Os itens incluídos encontravam-se já definidos pelo DEM, na sequência de um trabalho anteriormente desenvolvido no Serviço.

Foram ainda definidas sete matrizes (MT01 a MT07 do Anexo 9), para a organização dos impressos, dos registos, dos documentos internos e de origem externa; e para o registo de cópias da documentação e controlo da facturação e dos orçamentos. Além disso, elaboraram-se mais seis (MT08 a MT13 do Anexo 9) no âmbito da gestão da melhoria e das necessidades de registo da avaliação das acções de formação e da avaliação aos fornecedores.

No decorrer da elaboração da restante documentação, definiram-se ainda mais doze impressos adicionais relativamente aos descritos em 3.3 como resposta às necessidades detectadas referentes à documentação, às actividades de manutenção e à gestão da melhoria (SEE.06 a SEE.17 do Anexo 8).

3.4 Acções de Monitorização e Melhoria Futuras

A implementação de um SGQ eficaz é uma tarefa complexa e que exige tempo e disponibilidade da Organização para garantir o seu bom funcionamento. No período de cinco meses em que decorreu o estágio foi possível desenvolver o SGQ e transmitir ao SEE o seu conteúdo, tendo-se iniciado paralelamente a sua implementação. Contudo, só no período que se segue será possível implementar efectivamente alguns dos procedimentos desenhados e avaliar globalmente o SGQ, bem como a capacidade do Serviço de se melhorar continuamente. Nesse sentido, destacam-se alguns pontos que se entendem serem fundamentais para a monitorização e melhorias futuras do Serviço.

Relativamente aos resultados dos indicadores de avaliação de funcionamento estes devem ser tidos em atenção, e dar origem a medidas internas de melhoria. Ao nível do processo de requisição interna reforça-se a sugestão para a inclusão do alerta no software para a importância do correcto preenchimento dos campos já mencionado e da acção de sensibilização junto dos clientes internos para o tema, deixando-se para esse efeito uma IT elaborada (IT.03 – Anexo 10).

Quanto ao atendimento ao público, a gestão deve continuar a promover a nível interno a focalização do cliente, que em muito passa pela melhoria das actividades relacionadas com a gestão de OTs, sendo fundamental a adopção dos procedimentos definidos e uma aposta na melhoria dos pontos fracos revelados pelos indicadores de avaliação monitorizados neste trabalho. O Serviço deve assim desenvolver um esforço conjunto em relação a uma monitorização mais eficaz das OTs, agilizando a sua conclusão e encerramento, bem como o controlo interno das diferentes fases. Além disso, deve aumentar a sua preocupação na rapidez do contacto com as empresas externas e, simultaneamente utilizar o processo desenvolvido PS.03 Avaliação e Selecção de Fornecedores como uma ferramenta de comunicação com as empresas externas no sentido de uma melhoria da sua prestação de serviços, através da realização de uma avaliação efectiva e da sua disponibilização aos Serviços do CHVNG/E com poder de decisão ao nível do aprovisionamento.

Referindo o SGQ em si, é importante que nesta fase inicial do SGQ, haja uma preocupação do Representante da Gestão em divulgar a documentação existente, o local onde se encontra disponível e a melhor forma de a utilizar. Além disso, deve ser igualmente promovido o conhecimento geral relativamente às normas e à legislação associada ao SGQ.

Outro dos pontos fundamentais é a divulgação da Política e dos Objectivos da Qualidade, nomeadamente relativamente às intenções de certificação, o que contribui para o envolvimento dos colaboradores e para a consciência da responsabilidade de cada um. O SEE deve igualmente passar esta mensagem ao restante hospital, de forma a aumentar a credibilidade na sua actividade.

Num período de tempo próximo, como três a quatro meses, o Representante da Gestão, em colaboração com toda a organização, deve rever a estrutura documental definida, nomeadamente ao nível dos impressos, das FVs e dos registos desenvolvidos. Assim, é possível ao Serviço apurar se estes permanecem adequados, sendo a sua utilização de fácil integração na actividade diária do Serviço ou não, já que um dos pontos mais importantes num SGQ eficaz é que a documentação contribua para o bom funcionamento Serviço e não para criar uma carga adicional de burocracia.

Ainda no âmbito do SGQ, é fundamental que haja um esforço a curto prazo para uma implementação plena do planeamento do SGQ e operacional efectivo e da sua revisão, assim como da gestão da melhoria contínua. Sendo que através deste último processo, a Organização será capaz de reunir um conjunto de dados essenciais que beneficiarão a sua actividade. Para isso, o SEE também dever ter sempre como preocupação a disponibilização de recursos direccionados ao SGQ, nomeadamente através da criação de condições para que o Representante da Gestão possa efectivamente assumir esse papel.

Por fim, pretendia-se com o presente trabalho introduzir práticas de análise de risco ao nível das actividades de manutenção, não tendo sido possível devido aos recursos internos disponíveis não o justificarem, já que não haveria possibilidade de as aplicar, e também devido à escassez de tempo. Uma vez que em breve o Serviço terá o seu inventário actualizado e mais completo, e irá dispor de um software com funcionalidades acrescidas, nomeadamente ao nível da capacidade de associar aos equipamentos o seu plano de manutenção em sistema, deixa-se como recomendação do presente trabalho a futura aplicação da análise de risco. Da revisão de literatura realizada, combinada com o conhecimento adquirido do funcionamento do SEE e do CHVNG/E, considera-se de interesse a aplicação dos princípios da atribuição de um *EM* aos equipamentos, combinada com uma abordagem de RCM. A adopção de uma classificação de risco tem especial interesse no cenário de contenção de custos que se vive no CHVNG/E, constituindo uma ferramenta importante nas decisões de gestão da manutenção.

4 Conclusões

Concluído o presente trabalho, o SEE possui um SGQ baseado na abordagem por processos, com uma estrutura documental adequada às suas necessidades, e que cumpre todos os requisitos da norma NP EN 9001:2008.

A sua implementação iniciou-se com o diagnóstico à situação do Serviço, durante o qual se definiram indicadores de avaliação ao seu funcionamento ao nível do processo de requisição e do atendimento ao cliente. No tratamento dos dados aplicaram-se várias ferramentas estatísticas: o Diagrama de Pareto, Folhas de Verificação, Histogramas, Análise de Variância e Testes não-paramétricos de independência do Qui-quadrado. A informação recolhida correspondeu a uma amostra de 1329 requisições analisadas para o primeiro indicador e de 5291 OTs analisadas para o segundo.

Os resultados retirados desta análise permitiram não só confirmar que a implementação de um SGQ traria benefícios ao funcionamento do SEE, mas também identificar pontos de melhoria específicos na sua actividade. Contribuiu ainda para o aumento do conhecimento interno relativamente ao perfil de actividade anual gerido em termos de OTs, ficando o Serviço com um suporte estatístico de dados para análises futuras.

O trabalho realizado ao nível do desenvolvimento do SGQ em si resultou na definição da Política e dos Objectivos da Qualidade, na nomeação de um Representante da Gestão no SEE para o acompanhamento do processo e na elaboração da documentação associada à estrutura documental que se considerou de interesse para o Serviço. Esta inclui: o Manual de Gestão da Qualidade, o Manual de Processos, o Manual de Funções, o Manual de Procedimentos, três Instruções de Trabalho, vinte e três Folhas de Verificação, dezoito Impressos e treze Matrizes. Além disso, efectuou-se a compilação das normas e da legislação aplicáveis à actividade do Serviço e elaborou-se no âmbito do SGQ duas normas internas e o regulamento interno.

Sendo o SEE um serviço recém-formado, estando ainda num período de reorganização interna, o trabalho desenvolvido contribuiu positivamente para a celeridade desse processo, tendo sido importante para a definição de muitas questões organizacionais e para a introdução de boas práticas na actividade do Serviço. Contribuiu ainda para a construção de uma imagem de qualidade associada ao Serviço junto da administração e da restante comunidade hospitalar.

Apesar de actualmente não dispor ainda dos recursos ideias ao desempenho da sua actividade no pleno, e de ter um número reduzido de colaboradores, quando comparado com outras estruturas hospitalares de gestão de equipamentos e instalações, os resultados deste trabalho permitem afirmar que a equipa demonstra um bom desempenho e que no seu conjunto trabalho no sentido de uma melhoria de condições.

Sendo assim, e considerando que todos os colaboradores corresponderam muito positivamente ao trabalho realizado durante o estágio, tendo colaborado em tudo quanto possível, estão reunidas as condições para a utilização e continuidade do trabalho realizado no Serviço.

5 Avaliação do Trabalho Realizado

5.1 Objectivos Realizados

O trabalho descrito no presente documento tinha quatro objectivos principais. Primeiramente, pretendia-se efectuar o diagnóstico à situação do Serviço e definir indicadores de avaliação do seu funcionamento. Este objectivo foi cumprido, tendo-se recolhido dados para dois indicadores e realizado o seu tratamento estatístico recorrendo a diferentes ferramentas: Diagrama de Pareto, Folhas de Verificação, Histogramas, Análise de Variância e Testes não-paramétricos de independência do Qui-quadrado. A nível pessoal também se considera o objectivo realizado, dado que o estágio termina com uma boa percepção do funcionamento e das diferentes actividades geridas pelo SEE.

O objectivo principal era o desenvolvimento de um SGQ através de uma abordagem por processos, tendo como referência a norma NP EN ISO 9001:2008, e a criação de condições para a sua implementação e melhoria. Este foi alcançado, estando concluído o SGQ do SEE, com uma estrutura documental adequada às suas necessidades, e cumprindo todos os requisitos da norma NP EN 9001:2008. Na sua realização apenas não foi possível incluir nos procedimentos as técnicas de análise de risco, sendo deixada a recomendação como resultado do trabalho realizado.

Era também objectivo que o Serviço se envolvesse no processo de desenvolvimento do SGQ, de forma a favorecer a sua eficiência e continuidade futuras. Este objectivo foi cumprido de diferentes formas. Uma delas foi a nomeação do Representante da Gestão, o qual assumirá o SGQ após o término do estágio. Outra foi o respeito máximo pela dinâmica do SEE e dos seus colaboradores no desenho do SGQ construído, de forma a minimizar as dificuldades na sua integração na actividade do Serviço. Por fim, sempre se promoveu ao longo do estágio o diálogo com todos os colaboradores relativamente às suas funções, opiniões e dificuldades, tendo-se dado a conhecer o trabalho à medida da sua realização tanto quanto possível.

Como objectivo último definiu-se a elaboração de proposta de acções de monitorização e melhoria futuras da implementação do SGQ. Objectivo esse formalizado no presente documento, sendo que as propostas redigidas são do conhecimento do SEE como sugestão para trabalho futuro.

5.2 Outros Trabalhos Realizados

No decorrer do projecto foram desenvolvidos outros trabalhos/tarefas, além do trabalho principal, que se passam apresentar.

Participou-se no Projecto de Inventariação Total dos Bens do CHVNG/E realizado na Instituição no período entre 26 de Abril e 30 de Junho de 2011 de quatro formas:

- através da preparação do projecto, com a redacção da norma com as regras de inventariação e uma instrução de trabalho associada;
- participando em parte das reuniões efectuadas com o objectivo de definir as melhores condições de realização para o projecto;
- definindo a renumeração das salas do novo Pavilhão Administrativo;
- realizando a inventariação dos Bens durante um dia.

Contribuiu-se ainda na procedimento de efectivação de contratos de assistência técnicas relativos às UPS (Uninterruptible Power Supply), através da verificação de números de inventário e de actualização de listagens em Excel.

5.3 Limitações e Trabalho Futuro

Durante o trabalho sentiram-se algumas dificuldades devido a ter sido iniciado durante o período de reorganização do Serviço, estando a decorrer uma fase de alterações que o afectariam. Contudo, este ponto acabou por ser positivo por permitir uma maior contribuição ao SEE e ao CHVNG/E do trabalho realizado, não se registando limitações significativas.

O passo seguinte é o SEE não permitir que se perca o trabalho desenvolvido, dando-lhe continuidade através de uma implementação cada vez mais efectiva e da sua melhoria até à certificação pela ISO 9001:2008.

5.4 Apreciação Final

O trabalho realizado foi interessante e meritório, por se considerar que os objectivos académicos a que se proponha foram cumpridos, mas principalmente, por ter permitido realizar e até superar os objectivos pessoais que em 5 anos de estudo vão crescendo.

O tema desenvolvido foi um desafio porque, apesar de ter uma componente de análise estatística mais directamente abordada no decorrer do curso, requereu um esforço pessoal adicional direccionado ao aprofundamento dos conhecimentos na área de Sistemas de Gestão da Qualidade e da gestão hospitalar, que considero ter completado a minha formação na área de Engenharia. Para o sucesso deste esforço contribuiu em muito o nível elevado de exigência do curso, que levou ao desenvolvimento de ferramentas pessoais de resolução de problemas e de uma boa capacidade de trabalho.

Dado o estágio ter decorrido em ambiente empresarial, foi possível adquirir conhecimentos e uma percepção muito própria do funcionamento diário de uma organização incluída numa Instituição com uma estrutura orgânica de muito peso, que reúne muitas valências e que na sua actividade tem que considerar sempre a sua relação final com o utente. Este facto constitui uma das aprendizagens mais importantes resultantes do estágio.

Foi fornecido todo o apoio e todos os meios necessários ao sucesso do trabalho, bem como foi dado espaço para a autonomia no seu desenrolar. É de salientar que foi muito bem recebida no SEE, por todos os seus colaboradores, tendo-se todos mostrado cooperantes e com vontade de auxiliar e contribuir para uma boa integração e compreensão do funcionamento do Serviço. Este ambiente foi fundamental ao bom desenrolar do trabalho, bem como o espírito de equipa saudável e de união que se vive no SEE.

Referências

'Decreto-Lei n.º50-A/2007', *D.R. I Série. N.º 42 (07 - 02 - 28)*, pp 26-29.

AHRQ 2009, *National Healthcare Quality Report, Agency for Healthcare Research and Quality.* Rockville.

Ainken, L., Clarke, S. & Sloane, D. 2002, 'Hospital Staffing, Organization, and Quality of Care: Cross-National Findings', *Nurs Outlook,* vol. 50, pp 187-194.

Alves, A. 2010, *Apontamentos da unidade curricular de Sistemas de Gestão da Qualidade - Ano Lectivo 2010/2011.* Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Publicação Interna.

APCER 2010, *Guia Interpretativo NP EN ISO 9001:2008.* APCER, 308466/10

APCER 2011, *Mensagem do CEO,* consultado em 29 Jun. 2011, http://www.apcer.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=129&lang=pt.

Borges, C. 2010, 'Implementação da ISO 9001:2008 no ensino superior. O caso da ESEnfDAG', Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas, Aveiro.

CHAA 2011, *Centro Hospitalar do Alto Ave,* consultado em 9 de Fevereiro de 2011, http://www.chaa.min-saude.pt/.

CHCB 2011, *Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE,* consultado em 9 de Fevereiro de 2011, http://www.chcbeira.min-saude.pt/.

CHKS 2011, *CHKS Accredited Services,* consultado em 09 de Fevereiro de 2011, http://www.chks.co.uk/index.php?id=532.

CHLN 2010, *Relatório e Contas 2009.* Publicação Interna, Lisboa.

CHLN 2011, *Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE,* consultado em 27 Jun. 2011, http://www.chln.min-saude.pt/CentroHospitalar/Organiza%C3%A7%C3%A3o/EstruturaOrganizacional/ApoioGeraleLog%C3%ADstica/Servi%C3%A7odeInstala%C3%A7%C3%B5eseEquipamentos/tabid/535/Default.aspx.

CHNE 2011, *Centro Hospitalar do Nordeste, EPE,* consultado em 9 de Fevereiro de 2011, http://www.chne.min-saude.pt/.

CHP 2011, *Centro Hospitalar do Porto, EPE,* consultado em 9 de Fevereiro de 2011, http://www.chporto.pt/index.php.

CHS 2011, *Centro Hospitalar de Setúbal, EPE,* consultado em 9 de Fevereiro de 2011, http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/.

CHTMAD 2011, *Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE,* consultado em 9 de Fevereiro de 2011, http://www.chtmad.min-saude.pt/.

CHTS 2011, *Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE,* consultado em 9 de Fevereiro de 2010, http://www.chtamegasousa.pt/.

CHVNG/E 2009, *Relatório e Contas 2009 do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.* Vila Nova de Gaia.

CHVNG/E 2010a, *Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.* Vila Nova de Gaia, 1ª Revisão de 30 de Setembro.

CHVNG/E 2010b, *Regulamento Interno do Serviço de Equipamentos e Electromedicina do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.* Vila Nova de Gaia, Versão de 31 de Dezembro.

CHVNG/E 2011a, *Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho,* consultado em 16 de Janeiro, http://www.chvng.pt.

CHVNG/E 2011b, *Organigrama.* Vila Nova de Gaia.

Correia, J. 2011, '"Com a criação do SNS, houve uma explosão enorme no crescimento da rede hospitalar e (...) das Instalações e Equipamentos de Saúde..."', *tecnohospital,* vol. 43, pp 4-8.

CQC 2011, *Care Quality Commission Publications,* consultado em 9 de Fevereiro de 2011, http://www.cqc.org.uk/publications.cfm?widCall1=customDocManager.search_do_2&tcl_id=1&search_string=.

De Vos, M., Graafmans, W., Kooistra, M., Meijboom, B., Van Der Voort, P. & Westert, G. 2009, 'Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature', *International Journal for Quality in Health Care,* vol. 21, pp 119-129.

Donabedian, A. 1978, 'The Quality of Medical Care', *Science,* vol. 200, pp 856-864.

Duret, D. & Pillet, M. 2009, *Qualidade na produção - da ISO 9000 ao Seis Sigma.* LIDEL - Edições Técnicas, Lda, Lisboa. ISBN: 978-972-757-489-6

Environment, N. I. f. P. H. a. t. 2010, *Dutch Health Care Performance Report 2010.* Bilthoven.

Glickman, S. W., Baggett, K. A., Krubert, C. G., Peterson, E. D. & Schulman, K. A. 2007, 'Promoting quality: the health-care organization from a management perspective', *International Journal for Quality in Health Care,* vol. 19, pp 341-348.

Gomes, P. 2004, 'A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação', *Cadernosbad,* vol. 2, pp 6-18.

Grimes, S. 2003, 'The Future of Clinical Engineering: The Challenge of Change', *IEEE Engineering in Medicine and Biology Magazine*, pp 91-99.

Gryna, F. 2001, *Quality planning and analysis.* McGraw-Hill Higher Education, Nova Iorque. ISBN: 0-07-039368-0

Guimarães, R. & Cabral, J. 2007, *Estatística.* McGraw-Hill, Madrid. ISBN 978-84-481-5589-6

HDES 2011, *Hospital do Divino Espírito Santo,* consultado em 9 de Fevereiro de 2011, http://www.hdes.pt/.

HESE 2008, *Relatório e Contas - Exercício de Março a Dezembro de 2007.* Publicação Interna, Évora.

HESE 2011, *Hospital do Espírito Santo, EPE,* consultado em 20 Jun. 2011, http://www.hevora.min-saude.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=102&Itemid=104.

HFF 2011, *Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE,* consultado em 9 de Fevereiro de 2010, http://www.hff.min-saude.pt/index.php.

HGO 2011, *Hospital Garcia de Orta,* consultado em 9 de Fevereiro de 2011, http://www.hgarciaorta.min-saude.pt/.

Hill, T. & Lewicki, P. 2006, *Statistics: methods and apllications - A comprehensive reference for science, industry, and data mining.* StatSoft, United States of America. ISBN 1-884233-59-7

HML 2011, *Hospital de Magalhães Lemos,* consultado em 9 de Fevereiro de 2011, http://www.hmlemos.min-saude.pt/.

HSM 2011a, *Hospital de Santa Marta, EPE,* consultado em 9 de Fevereiro de 2011, http://www.hsmarta.min-saude.pt/.

HSM 2011b, *Hospital de São Marcos, Braga,* consultado em 9 de Fevereiro de 2011, http://www.hsmbraga.min-saude.pt/.

IPOPORTO 2011, *Instituto Português de Oncologia do Porto FG, EPE,* consultado em 9 de Fevereiro de 2011, http://www.ipoporto.min-saude.pt/Hospital/Historia/?sm=1_0.

IPQ 2003, *Norma NP-EN-ISO 19011:2003.*

IPQ 2005, *NP 4433:2005 Linhas de orientação para a documentação de sistemas de gestão da qualidade.*

IPQ 2008, *Norma NP EN ISO 9001:2008.*

JCAHO 2006, *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook (CAMH).*

JCAHO 2009, *Joint Comission International Accredited Organizations,* consultado em 09 de Fevereiro de 2011, http://www.jointcommissioninternational.org/jci-accredited-organizations/#Portugal.

Khan, F. I. & Haddara, M. M. 2003, 'Risk-based maintenance (RBM): a quantitative approach for maintenance/inspection scheduling and planning', *Journal of Loss Prevention in the Process Industries,* vol. 16, pp 561-573.

Lavy, S. & Shohet, I. 2009, 'Integrated healthcare facilities maintenance management model: case studies', *Healthcare facilities management,* vol. 27, pp 107-119.

Leatherman, S., Ferris, T. G., Berwick, D., Omaswa, F. & Crisp, N. 2010, 'The role of quality improvement in strengthening health systems in developing countries', *International Journal for Quality in Health Care,* vol. 22, pp 237-243.

Manzano, J. 2004, 'Revisão e Discussão da Norma ISO 5807 - 1985 (E) Proposta para

Padronização Formal da Representação Gráfica da Linha de

Raciocínio Lógico Utilizada no Desenvolvimento da Programação de

Computadores a ser Definida no Brasil', *THESIS,* vol. 1, pp 1-31.

Mattke, S., Epstein, A. M. & Leatherman, S. 2006, 'The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background', *International Journal for Quality in Health Care,* vol. 18, pp 1-4.

McLaughlin, C. & Kaluzny, A. 2004, *Continuous Quality Improvement in Health Care - Theory, Implementation and Applications.* Jones and Bartlett Publishers, Inc., London. ISBN: 0-7637-2629-X

Meyer, G. & Masagli, M. 2001, 'The Forgotten Component of the Quality Triad: Can We Still Learn Something from "Structure"?', *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety,* vol. 27, pp 484-493.

Needham, D. M., Sinopoli, D. J., Dinglas, V. D., Berenholtz, S. M., Korupolu, R., Watson, S. R., Lubomski, L., Goeschel, C. & Pronovost, P. J. 2009, 'Improving data quality control in quality improvement projects', *International Journal for Quality in Health Care,* vol. 21, pp 145-150.

Nesje, A. 2002, 'Management, operation and maintenance costs of hospital buildings', *Proceedings of the International Federation of Hospital Engineering*, pp 290-296.

Pires, A. 2007, *Qualidade - Sistemas de Gestão da Qualidade.* Edições Sílabo, Lda, Lisboa. ISBN: 978-972-618-333-4

Procter, S. & Brown, A. 1997, 'Computer-integrated operations: The introduction of a hospital information support system', *International Journal of a hospital information support* vol. 17:8, pp 746-756.

Programme, P. H. 2009, *National reports of EHR implementation - Denmark.* Copenhaga.

Rice, W. 2007, 'Medical device risk based evaluation and maintenance using fault tree analysis', *Biomedical Instrumentation & Technology,* vol. 41, pp 76-82.

Ridgway, M. 2009, 'Optimizing Our PM Programs', *Biomedical Instrumentation & Technology*, pp 244-254.

Sánchez, E., Letona, J., González, R., García, M., Darpón, J. & Garay, J. I. 2006, 'A descriptive study of the implementation of the EFQM excellence model and underlying tools in the Basque Health Service', *International Journal for Quality in Health Care,* vol. 18, pp 58-65.

Santos, G. 2008, *Implementação de Sistemas Integrados de Gestão - Qualidade, Ambiente e Segurança.* Publindústria, Produção de Comunicação, Lda, Porto. ISBN: 978-972-8953-26-3

Secretariat, I. C. 2011, *ISO in brief - International Standards for a sustainable world.* ISO, Genève. ISBN 978-92-67-10550-5/2 300

Shaw, C., Groene, O., Mora, N. & Sunol, R. 2010, 'Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals?', *International Journal for Quality in Health Care,* vol. 22, pp 445-451.

Shohet, I. & Lavy, S. 2004, 'Healthcare facilities management: state of the art review', *Facilities,* vol. 22, pp 210-220.

Suñol, R. 2000, 'Avedis Donabedian', *International Journal for Quality in Health Care,* vol. 12:6, pp 451-454.

Taghipour, S., Banjevic, D. & Jardine, A. 2010, 'Prioritization of medical equipment for maintenance decisions', *Journal of the Operational Research Society*, pp 1-22.

Thomson, R., Taber, S., Lally, J. & Kazandjian, V. 2004, 'UK Quality Indicator Project® (UK QIP) and the UK independent health care sector: a new development', *International Journal for Quality in Health Care,* vol. 16, pp i51-i56.

ULSAM 2011, *Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE,* consultado em 9 de Fevereiro de 2011, http://www.cham.min-saude.pt/.

Venables, W., Smith, D. & Team, R. D. C. 2011, *An Introduction to R.* R Development Core Team, ISBN 3-900051-12-7

Wang, B. & Levenson, A. 2000, 'Equipment Inclusion Criteria- A New Interpretation of JCAHO's Medical Equipment Management Standard', *Journal of Clinical Engineering,* vol. 25, pp 26-35.

WHO 2003, *Quality and accreditation in health care services - A global review.* Geneva.

Anexo 1 FV01

SEE	Folha de Verificação NÃO CONFORMIDADE REQUISIÇÕES INTERNAS	FV01.10 Página 1/1

Responsável: Joaquim Macedo   Período: 1/05/11 a 31/05/11

AMOSTRA	
Descrição	Requisições internas atendidas no software de Gestão de OTs no período.
Tamanho	1329

DADO-CHAVE	VERIFICAÇÃO				TOTAL
2ª Via					24
Opção					586
	1	**2**	**3**	**4**	
Equipamento					238
Centro Custo					0
Destino					52
Descrição					141
TOTAL	283	64	48	36	431

Data: 02/06/11

Rúbrica,

Joaquim Macedo

Elaborado: Inês Pinto Data: 18/04/11	Verificado: João Bernardo Data: 30/4/2011	Aprovado: Data: 30/04/2011

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN ...
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6138
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTRÓ...

Anexo 2 IT02

1. OBJECTIVO

Definir as regras de preenchimento e análise da FV01 – NÃO CONFORMIDADE REQUISIÇÕES INTERNAS.

2. DEFINIÇÕES

Dados-chave – consideram-se dados-chave da requisição interna aqueles cuja conformidade condiciona a emissão de ordens de trabalho: Opção, Equipamento, Centro Custo, Destino, Descrição e situações de 2ª Via.

3. ÂMBITO

A folha de verificação aplica-se ao registo de não conformidades constatadas nos dados-chave de uma determinada amostra de requisições internas. O tamanho da amostra é determinado em função do fim para os dados recolhidos.

4. PROCEDIMENTO

Preencher nos seguintes campos da folha de verificação:

- **Responsável** – Identificação da pessoa que efectua o preenchimento;
- **Período** – Indicar o espaço de tempo a que se refere a recolha de dados;
- **Amostra** – Descrever sucintamente a amostra seleccionada e indicar o seu tamanho;
- **Verificação** – Considerar não conformidade:

CAMPOS GERAIS

Opção – se o requerido não corresponde à opção seleccionada, segundo o definido:

1 – <u>Equipamento</u>

Seleccionar quando o equipamento está identificado com o número de inventário;

2 – <u>Equipamento Não Definido</u>

Seleccionar quando o pedido é relativo a um equipamento não identificado, tendo o utilizador que preencher os campos **Marca, Modelo e Nº Série** manualmente;

3 – <u>Equipamento Indiferenciado</u>

Seleccionar quando não é possível identificar o equipamento (ex.: mudar uma lâmpada);

4 – <u>Infraestrutura</u>

Seleccionar nos casos em que o pedido é relativo à infraestrutura e não a equipamentos (ex.: pintura de parede);

2ª Via – se a requisição é referente a uma OT já gerada;

PARA A OPÇÃO

Equipamento – aplicável apenas à opção 1 e 2:

Opção 1

Indicar não conformidade se não é identificado o equipamento pelo número de inventário;

Opção 2

Indicar não conformidade se não consta informação nos campos **Marca, Modelo e Nº Série**, que deveria ter sido introduzida manualmente pelo responsável pelo pedido;

Centro Custo – indicar não conformidade se o Centro de Custo não é indicado;

Destino – indicar não conformidade se a resolução do pedido não é do âmbito do Serviço de Equipamentos e Electromedicina ou do Serviço de Obras e Instalações e lhes foi destinado;

CHVNGE, E.P.E. SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Descrição – indicar não conformidade se a informação é incompleta ou se o pedido for realizado para mais do que um equipamento;

– Assinalar / por cada não conformidade detectada no respectivo dado-chave, formando grupos de 5 (ex.: ~~////~~);

- Total – Efectuar as somas parciais e a total das não conformidades detectadas;
- Data/Rúbrica – Indicar a data da conclusão do preenchimento da folha de verificação e rubricar.

Anexo 3 Indicador Processo de Requisição

Tabela 10 – Número total de não conformidades (N.º NC) e respectiva % acumulada (% ac.) dos dados-chave da requisição interna

Dados-chave	N.º NC	% ac.
Opção	586	56%
Equipamento	238	79%
Descrição	141	93%
Destino	52	98%
2ª Via	24	100%
Centro de Custo	0	100%
Total	**1041**	**100%**

Tabela 11 – Número de não conformidades (N.º NC) e respectiva % acumulada (% ac.) dos dados-chave em função da Opção seleccionada na requisição

Opção	1		2		3		4	
Dados-chave	**N.º NC**	**% ac.**	**N.º NC**	**% ac.**	**N.º NC**	**% ac.**	**N.º NC**	**% ac.**
Equipamento	202	71%	36	56%	N. a.	N. a.	N. a.	N. a.
Descrição	61	93%	16	81%	32	67%	32	89%
Destino	20	100%	12	100%	16	100%	4	100%
Centro de Custo	0	100%	0	100%	0	100%	0	100%
Total	**283**	100%	**64**	100%	**48**	100%	**36**	100%

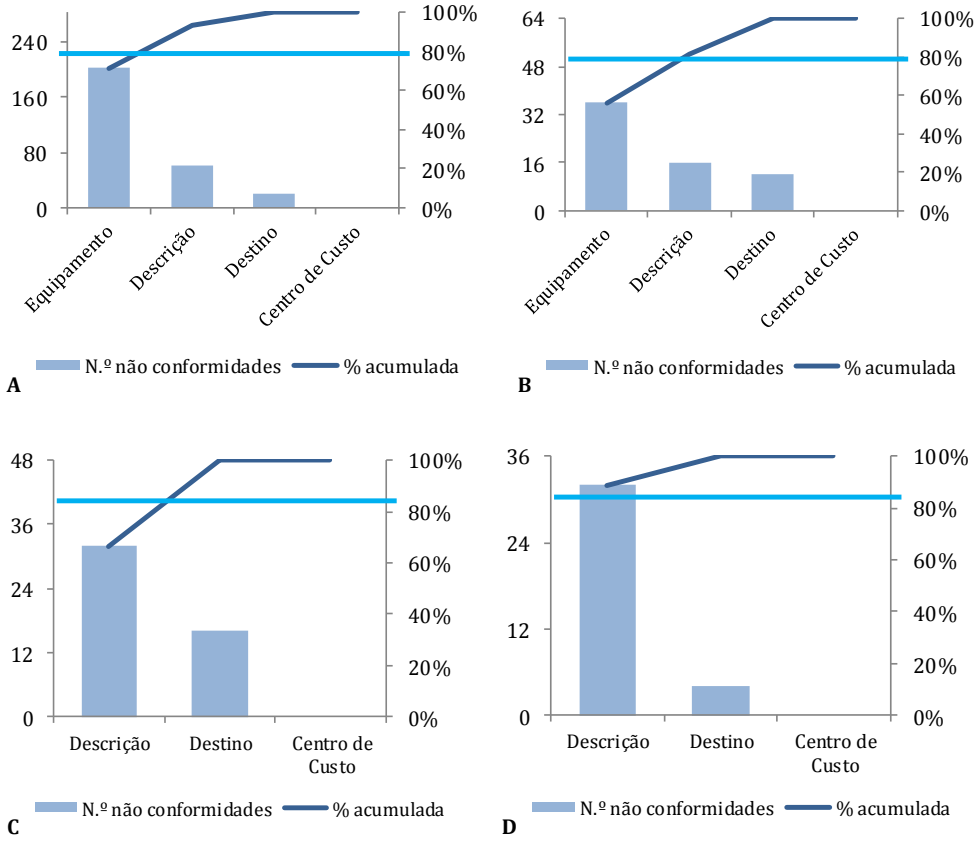


Figura 17 – Diagramas de Pareto relativo às não conformidades em função da Opção: (A) 1 - Equipamento; (B) 2 – Equipamento Não Definido; (C) 3 – Equipamento Indiferenciado e (D) 4 - Infraestrutura.

Anexo 4 Indicadores Tempo de Atendimento

Tabela 12 – Número de OTs, tempo médio de entrada, de conclusão e de encerramento em função do mês de recolha da amostra

Mês	$N.^{o}OTs$	$\overline{T}_{in}OT(d)$	$\overline{T}_{con}OT(d)$	$\overline{T}_{out}OT(d)$
JUL	759	0,10±0,36	23,4±4,47	53,4±55,7
AGO	834	0,20±1,38	26,1±44,0	38,1±41,4
SET	922	0,59±4,62	17,9±33,2	27,0±35,0
OUT	995	0,21±0,89	17,6±30,4	28,8±34,6
NOV	876	0,63±6,92	22,1±33,0	27,6±27,4
DEZ	905	0,12±1,65	15,7±24,4	23,3±24,7

Tabela 13 – Número de OTs, tempo médio de entrada, de conclusão e de encerramento em função da categoria da OT

Categoria	$N.^{o}OTs$	$\overline{T}_{in}OT(d)$	$\overline{T}_{con}OT(d)$	$\overline{T}_{out}OT(d)$
1	244	0,46±4,06	31,2±46,0	34,6±47,1
2	704	0,23±2,71	16,6±25,4	41,7±36,6
3	393	0,15±0,60	37,7±58,1	65,1±68,1
4	1196	0,60±5,68	34,8±41,0	32,6±70,8
5	2754	0,25±3,68	11,4±20,4	24,6±23,4

Anexo 5 Tabelas de Contingência testes de independência do Qui-quadrado

```
> CrossTable(Tempos$Mês,Tempos$cat_Tcon,chisq=TRUE,format="SPSS")

   Cell Contents
|-------------------------|
|                   Count |
| Chi-square contribution |
|             Row Percent |
|          Column Percent |
|           Total Percent |
|-------------------------|

Total Observations in Table:  5291

              | Tempos$cat_Tcon
  Tempos$Mês |       NC  | Demorado  |   Normal  |   Rapido  | Row Total |
-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
       Julho |      253  |      353  |      131  |       22  |      759  |
             |   10.508  |    5.383  |    0.419  |    1.866  |           |
             |   33.333% |   46.509% |   17.260% |    2.899% |   14.345% |
             |   17.582% |   12.680% |   15.180% |   10.732% |           |
             |    4.782% |    6.672% |    2.476% |    0.416% |           |
-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
      Agosto |      268  |      398  |      141  |       27  |      834  |
             |    7.475  |    3.799  |    0.181  |    0.874  |           |
             |   32.134% |   47.722% |   16.906% |    3.237% |   15.763% |
             |   18.624% |   14.296% |   16.338% |   13.171% |           |
             |    5.065% |    7.522% |    2.665% |    0.510% |           |
-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
    Setembro |      205  |      528  |      145  |       44  |      922  |
             |    8.350  |    3.787  |    0.193  |    1.918  |           |
             |   22.234% |   57.267% |   15.727% |    4.772% |   17.426% |
             |   14.246% |   18.966% |   16.802% |   21.463% |           |
             |    3.875% |    9.979% |    2.741% |    0.832% |           |
-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
     Outubro |      259  |      547  |      142  |       47  |      995  |
             |    0.498  |    1.051  |    2.537  |    1.852  |           |
             |   26.030% |   54.975% |   14.271% |    4.724% |   18.806% |
             |   17.999% |   19.648% |   16.454% |   22.927% |           |
             |    4.895% |   10.338% |    2.684% |    0.888% |           |
-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
    Novembro |      228  |      479  |      142  |       27  |      876  |
             |    0.441  |    0.708  |    0.005  |    1.419  |           |
             |   26.027% |   54.680% |   16.210% |    3.082% |   16.556% |
             |   15.844% |   17.205% |   16.454% |   13.171% |           |
             |    4.309% |    9.053% |    2.684% |    0.510% |           |
-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
    Dezembro |      226  |      479  |      162  |       38  |      905  |
             |    1.647  |    0.017  |    1.402  |    0.246  |           |
             |   24.972% |   52.928% |   17.901% |    4.199% |   17.105% |
             |   15.705% |   17.205% |   18.772% |   18.537% |           |
             |    4.271% |    9.053% |    3.062% |    0.718% |           |
-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
Column Total |     1439  |     2784  |      863  |      205  |     5291  |
             |   27.197% |   52.618% |   16.311% |    3.875% |           |
-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
```

Figura 18 – Tabela de contingência obtida no programa R para o teste A – análise da independência entre as classes de $T_{con}OT$ e o mês.

```
> CrossTable(Tempos$Categoria,Tempos$cat_Tcon,chisq=TRUE,format="SPSS")

   Cell Contents
|-------------------------|
|                   Count |
| Chi-square contribution |
|             Row Percent |
|          Column Percent |
|           Total Percent |
|-------------------------|

Total Observations in Table:  5291

                  | Tempos$cat_Tcon
Tempos$Categoria |       NC  | Demorado  |   Normal  |   Rapido  | Row Total |
-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
               1 |      144  |       75  |       17  |        8  |      244  |
                 |   90.834  |   22.200  |   13.060  |    0.224  |           |
                 |   59.016% |   30.738% |    6.967% |    3.279% |    4.612% |
                 |   10.007% |    2.694% |    1.970% |    3.902% |           |
                 |    2.722% |    1.418% |    0.321% |    0.151% |           |
-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
               2 |      165  |      374  |      136  |       29  |      704  |
                 |    3.659  |    0.034  |    3.904  |    0.109  |           |
                 |   23.438% |   53.125% |   19.318% |    4.119% |   13.306% |
                 |   11.466% |   13.434% |   15.759% |   14.146% |           |
                 |    3.119% |    7.069% |    2.570% |    0.548% |           |
-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
               3 |      116  |      185  |       74  |       18  |      393  |
                 |    0.777  |    2.296  |    1.529  |    0.505  |           |
                 |   29.517% |   47.074% |   18.830% |    4.580% |    7.428% |
                 |    8.061% |    6.645% |    8.575% |    8.780% |           |
                 |    2.192% |    3.497% |    1.399% |    0.340% |           |
-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
               4 |      459  |      587  |      119  |       31  |     1196  |
                 |   54.974  |    2.844  |   29.668  |    5.078  |           |
                 |   38.378% |   49.080% |    9.950% |    2.592% |   22.604% |
                 |   31.897% |   21.085% |   13.789% |   15.122% |           |
                 |    8.675% |   11.094% |    2.249% |    0.586% |           |
-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
               5 |      555  |     1563  |      517  |      119  |     2754  |
                 |   50.252  |    8.954  |   10.234  |    1.417  |           |
                 |   20.153% |   56.754% |   18.773% |    4.321% |   52.051% |
                 |   38.568% |   56.142% |   59.907% |   58.049% |           |
                 |   10.490% |   29.541% |    9.771% |    2.249% |           |
-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
    Column Total |     1439  |     2784  |      863  |      205  |     5291  |
                 |   27.197% |   52.618% |   16.311% |    3.875% |           |
-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
```

Figura 19 – Tabela de contingência obtida no programa R para o teste B – análise da independência entre as classes de $T_{con}OT$ e a categoria.

Anexo 6 Resultados Grau de Associação

```
> assocstats(.Table)
                    X^2 df   P(> X^2)
Likelihood Ratio 56.424 15 1.0274e-06
Pearson          56.576 15 9.6818e-07

Phi-Coefficient   : 0.103
Contingency Coeff.: 0.103
Cramer's V        : 0.06
```

Figura 20 – Resultados para o cálculo do grau de associação obtidos no programa R para o teste A – análise da independência entre as classes de $T_{con}OT$ e o mês.

```
> assocstats(.Table)
                    X^2 df P(> X^2)
Likelihood Ratio 290.60 12        0
Pearson          302.55 12        0

Phi-Coefficient   : 0.239
Contingency Coeff.: 0.233
Cramer's V        : 0.138
```

Figura 21 – Resultados para o cálculo do grau de associação obtidos no programa R para o teste B – análise da independência entre as classes de $T_{con}OT$ e a categoria.

Anexo 7 Declarações Documentadas

Esta secção inclui, pela ordem apresentada, as seguintes declarações documentadas:

DD01 Política da Qualidade;

DD02 Objectivos da Qualidade;

DD03 Nomeação formal do Representante da Gestão.

O Serviço de Equipamentos e Electromedicina compromete-se a melhorar continuamente os serviços prestados, procurando a satisfação total do cliente através:

- do desempenho da actividade do Serviço numa perspectiva de melhoria contínua;
- da focalização dos esforços nas actividades que acrescentam valor percepcionado pelo cliente;
- da avaliação contínua dos resultados junto dos clientes;
- do cultivo de uma boa relação com os fornecedores que assumem compromissos de qualidade dos seus serviços;
- da promoção da formação e da experiência dos seus colaboradores;
- do incentivo dos seus colaboradores para a inovação, promovendo o empenho e a realização pessoal de cada um;
- do garantia de que os colaboradores compreendem e implementam a Política e os Objectivos da Qualidade;
- comprometimento com a manutenção contínua da eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade.

O Responsável de Serviço,

CHVNG/E, E.P.E.
Eng.º CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
N.º Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

OQ1: Assegurar que todos os colaboradores compreendem e cumprem os princípios do Sistema de Gestão da Qualidade, bem como a Política e os Objectivos da Qualidade no prazo de seis meses;

OQ2: Obter uma avaliação positiva por parte dos clientes no prazo de um ano;

OQ3: Garantir um resultado conforme nos indicadores definidos para os diferentes processos no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade no período de um ano;

OQ4: Obter a certificação pela NP EN 9001:2008 do Sistema de Gestão da Qualidade do Serviço de Equipamentos e Electromedicina no prazo de dois anos.

O Responsável de Serviço,

ULSNE, E.P.E.
HOSPITAL SAN CRISTOBAL
Responsável do Serviço
Nº Mec. 5[illegible]
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Eu, Responsável de Serviço do Serviço de Equipamentos e Electromedicina, nomeio Ilda Maria L. R. C. S. Brandão como Representante da Gestão da Qualidade, atribuindo-lhe responsabilidade e autoridade plena sobre todos os responsáveis de processos, no sentido de tornar o Sistema de Gestão da Qualidade eficiente e eficaz.

Enquanto Representante da Gestão tem a responsabilidade de:

- assegurar a implementação e manutenção dos processos necessários ao funcionamento e verificação da eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade, de acordo com a NP EN ISO 9001:2008;
- reportar periodicamente os níveis de desempenho ao Responsável de Serviço e as eventuais necessidades de melhoria;
- verificar a conformidade da documentação do Sistema de Gestão da Qualidade;
- promover a consciencialização da organização para a satisfação do cliente;
- estabelecer o contacto com as partes externas em assuntos relativos à Qualidade.

O Responsável de Serviço,

O Representante da Gestão,

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Anexo 8 Impressos

Esta secção inclui, pela ordem apresentada, os seguintes impressos:

SEE.00.10 Impresso base Declarações Documentadas:

SEE.01.10 Impresso base Matrizes;

SEE.02.10 Impresso base Manuais;

SEE.03.10 Impresso de redacção de Processo;

SEE.04.10 Impresso de redacção de Procedimento;

SEE.05.10 Impresso de redacção de Funções;

SEE.06.10 Impresso base do RI;

SEE.07.10 Impresso base da NM;

SEE.08.10 Ficha de Transferência de Bens;

SEE.09.10 Impresso base da IT;

SEE.10.10 Impresso base da FV;

SEE.11.10 Impresso Relatório Manutenção Preventiva;

SEE.12.10 Impresso Inquérito Cliente Interno;

SEE.13.10 Impresso Inquérito Cliente Externo;

SEE.14.10 Impresso Auditoria Interna;

SEE.15.10 Impresso Não Conformidade;

SEE.16.10 Impresso Reclamação;

SEE.17.10 Impresso Acção de Melhoria.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO DE ELECTROMEDICINA

SEMNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Ficha de Caracterização

CÓDIGO DO PROCESSO TÍTULO DO PROCESSO

Gestor do Processo:							
Objectivo:							
Entradas		**Origem**		**Saídas**		**Clientes**	
Áreas intervenientes	**Sequência de Actividades**						**Indicadores Globais**
	...	...	...	...			
...							
Indicadores Actividade							
Procedimentos							
Registos							

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

Notas de preenchimento: Quando um dos campos não se aplicar ao contexto do processo, indicar N.A. (Não aplicável).

Procedimento Documentado:
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO TÍTULO DO PROCEDIMENTO

Coordenação

Objectivo

Âmbito

Definições e Abreviaturas

Indicadores

Fluxograma

Incluir o fluxograma do procedimento (com acções numeradas de 1 a n).

CHVNGE E.P.E.
Enf.ª [illegible] CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1			
2			
...			
n			

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

Notas de preenchimento: Quando um dos campos não se aplicar ao contexto do processo, indicar N.A. (Não aplicável).

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Nº Mec. 6198
SERVIÇO DE EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

1.1 Cargo/Função

Titular:
Dependência Hierárquica:
Competências:
▪
Autoridade:
Política de Substituição:

TOMEI CONHECIMENTO:

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICIN

CHVNG/E, E.P.E.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6196
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ENGENHARIA

CHVNG/E
Eng. CASSIE
Responsável
Nº Mec.
SERVIÇO EQUIPAMENTO

SEE

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

FICHA DE TRANSFERÊNCIA DE BENS

NRº _____/_____

IDENTIFICAÇÃO DO BEM					ORIGEM		DESTINO	
N.º Identificação	Descrição	Marca	Modelo	Data	Edifício	Serviço	Edifício	Serviço

Serviço de Equipamentos e Instalações	Serviço Cedente	Serviço Requisitante
____/____/____	____/____/____	____/____/____

Elaborado: [illegible]
Data: 17/06/2017

Verificado: [illegible]
Data: 29/6/2011

Aprovado:
Data: 30/06/204

CHVNG/E
Eng. CASSIA
Responsável do
Nº Mec. 5
SERVIÇO EQUIPAMENTOS

Eng. CASSIANO
Responsável de
Nº Mec.
SERVIÇO EQUIPAMENTO

SEE

Relatório de Manutenção Preventiva

Nº RMP_____

Data: / /201

Nº Ordem Trabalho:	
Serviço:	**Técnico:**
Equipamento:	
Nº Inv:	**Nº Série:**
Marca:	**Modelo:**

Descrição

Observações

Mão-de-obra/Deslocações	**Peças**

Técnico

Assinatura

/ /201

Responsável Serviço

Assinatura

/ /201

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO DE ENGENHARIA E ELECTROMEDICINA

Elaborado: [illegible] Data: 17/06/2011

Verificado: [illegible] Data: 21/6/2011

Aprovado: Data: 21/06/2011

Data:___/___/___

Assinalar com *X* a opção pretendida.

1. A imagem global que tem do Serviço de Equipamentos e Electromedicina (SEE) é:

Negativa	Positiva	Muito Positiva	Não sabe (NS)/Não responde (NR)

2. Como classifica o atendimento do SEE (via telefone/via software)?

Mau	Bom	Muito Bom	NS/NR

3. Como classifica o atendimento pessoalmente dos técnicos do SEE?

Mau	Bom	Muito Bom	NS/NR

4. Como classifica o tempo de resposta do SEE?

Demorado	Suficiente	Rápido	NS/NR

5. Qual a sua opinião relativamente à evolução do SEE nos últimos dois anos?

Piorou	Manteve	Melhorou	NS/NR

SUGESTÕES

CHIVANCE E.P.E.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Data:___/___/___

Assinalar com *X* a opção pretendida.

1. A imagem global que tem do Serviço de Equipamentos e Electromedicina (SEE) é:

Negativa	Positiva	Muito Positiva	Não sabe (NS)/Não responde (NR)

2. Como classifica o atendimento do SEE (via telefone/pessoalmente)?

Mau	Bom	Muito Bom	NS/NR

3. Considera que o SEE respeita sempre as datas de entrega/levantamento agendadas?

Quase Nunca	Quase Sempre	Sempre	NS/NR

4. Como classifica o nível de organização do SEE?

Mau	Bom	Muito Bom	NS/NR

5. Qual a sua opinião relativamente à evolução do SEE nos últimos dois anos?

Piorou	Manteve	Melhorou	NS/NR

SUGESTÕES

CHVNG/E, E.P.E.
Eng.ª Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

AUDITORIA

NRº____/____

Data de Realização ____/____/___

Coordenador _____

Processo(s) a auditar

EQUIPA

Auditor	Nome	Rúbrica

ACTIVIDADES	DATA	HORA

Coordenador da Auditoria: _____

Data: _____

CHMT/G/E, E.P.E.
Eng.ª CASSIEN CROISE
Técnico Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

ORIGEM

Processo interno _____

Auditoria _____

Reclamação NRº____/____

Outra _____

DESCRIÇÃO (causas/consequências)

_____

_____

_____

_____

_____

Acção correctiva

NRº____/____

Responsável: _____

Acção preventiva

NRº____/____

Responsável: _____

Identificada por:

_____

Data:

_____

E.P.E.
CRUISE
do Serviço
Nº Mec. 6198
EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

ORIGEM

Livro de Reclamações _____

Cliente interno _____

Cliente externo _____

Outra _____

MOTIVO

_____

_____

_____

Recebida por: **Data:**

_____ _____

ANÁLISE

_____

_____

_____

Justificada _____ Não Justificada _____

Gestor de Processo: **Data:**

_____ _____

Acção correctiva

NRº____/____

Responsável: _____

Comunicação ao Reclamante

Data ____/____

Responsável: _____

ACÇÃO CORRECTIVA _____ **ACÇÃO PREVENTIVA** _____

ORIGEM

Não conformidade NRº____/____

Reclamação NRº____/____

Revisão do SGQ _____

Auditoria _____

Outra _____

ACÇÃO A DESENVOLVER

_____

_____

_____

Gestor de Processo: _____ **Data:** _____

Implementada por: _____ **Prazo:** _____

Seguida por: _____ **Data:** _____

Seguimento

Data ____/____/____

Eficaz _____ Não Eficaz _____

Observações

Responsável: _____

Anexo 9 Matrizes

Esta secção inclui, pela ordem apresentada, as seguintes matrizes:

MT01 Impressos;

MT02 Documentos;

MT03 Documentos de Origem Externa;

MT04 Registos;

MT05 Registo de Cópia;

MT06 Controlo de Orçamentos;

MT07 Controlo da Facturação;

MT08 Avaliação de Formação;

MT09 Clientes em Avaliação;

MT10 Controlo de Não Conformidades;

MT11 Controlo de Reclamações;

MT12 Melhoria de Infraestruturas;

MT13 Avaliação de Fornecedores.

Código	Designação	Edição/Data									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Elaborado: Inês Ramos
Data: 17/06/2014

Verificado: Pedro Mendes
Data: 21/6/2014

Aprovado: Eng. CASSIEN CRUZ
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
CHVNG/E, E.P.E.
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTRÓNICA
Data: 21/06/2014

Código	Designação	Edição/Data									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável de Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Elaborado: ~~Inês Pinto~~
Data: 17/06/2011

Verificado: Ida Bouder
Data: 21/6/2011

Aprovado:
Data: 21/06/2011

Título/Designação	Emissão		Distribuição
	Data	Entidade	

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO DE EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Elaborado: [illegible]
Data: 17/06/2011

Verificado: Ilda Brandão
Data: 21/6/2011

Aprovado:
Data: 21/06/2011

Cláusula	Tipo de Registo	Identificação	Documentos Associados	Tempo de Retenção	Local de Retenção	Recuperação
6.2	Formação, treino e experiência	Pela data de realização	MT08	Durante a permanência do colaborador	\\172.20.91.2\see$\SGQ\Recursos Humanos\Formação\ano Processo individual do colaborador	Pedido ao Responsável da Gestão
6.3	Melhoria de Infraestruturas	Pela data de realização	MT12	5 anos	\\172.20.91.2\see$\SGQ\Infraestruturas\ano	
7.2.3	Reclamações	Pelo número da reclamação	MT11/SEE.16	3 anos		
7.4	Avaliação de Fornecedores	Pela data de realização	MT13		\\172.20.91.2\see$\SGQ\Fornecedores\Avaliação\ano	
7.5	Transferência de Bens	Pelo número de transferência	SEE.08	5 anos	Pasta de arquivo de Ordens de Trabalho identificada por sequência numérica, com indicação do ano/mês e do intervalo de OTs correspondentes.	Pedido ao *Helpdesk*
	Manutenção preventiva	Pelo número de Relatório de Manutenção Preventiva	SEE.11/ FV02 a FV24		\\172.20.91.2\see$\SGQ\Manutenção Preventiva\Serviço\ano	Pedido ao Resp. DEM
8.2.1	Satisfação do cliente	Pela data de realização	MT09/SEE.12/ SEE.13	3 anos	\\172.20.91.2\see$\SGQ\Gestão da Melhoria\Avaliação clientes\ano	Pedido ao Responsável da Gestão
8.2.2	Auditoria Interna	Pelo número da auditoria	SEE.14		\\172.20.91.2\see$\SGQ\Gestão da Melhoria\Auditoria interna\ano	

Elaborado: Inês Pinto
Data: 08/07/2014

Verificado: Lídia Brandão
Data: 8/7/2014

Aprovado: CHVNG/E, E.P.E. Eng. CASIMIRO CROISE Responsável do Serviço Nº Mec. 6198 SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA
Data: 08/07/2014

Cláusula	Tipo de Registo	Identificação	Documentos Associados	Tempo de Retenção	Local de Retenção	Recuperação
8.3	Controlo do Serviço Não Conforme	Pelo número de registo	MT10/SEE.15		\\172.20.91.2\see$\SGQ\Gestão da Melhoria\Não conformidades\ano	
8.5.2	Acções correctivas	Pelo número da acção de melhoria	SEE.17		\\172.20.91.2\see$\SGQ\Gestão da Melhoria\Acções de melhoria\ano	
8.5.3	Acções preventivas					

E.P.E.
Responsável do Serviço
EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Código	Designação	Cópia Controlada Distribuída a:	Δ ●	Data

Δ – Original / ● – Cópia Distribuída

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

Notas de preenchimento: Quando um dos campos não se aplicar ao contexto do processo, indicar N.A. (Não aplicável).

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Data	nº OT	Designação	C. Custo/Serviço	Fornecedor	Pedido Orç.	Recepção Orç.	Orçamento	VALOR (S/IVA)	Saída SEE	CA	SA	SA - nº da POT	Observações

Elaborado: ~~[illegible]~~
Data: 17/06/2011

Verificado: [illegible]
Data: 21/6/2011

Aprovado:
Data: 27/6/2011

CHVNG/E, E.P.E.
Eng.º CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

PROTOCOLO ORIGEM	DATA DE ENTRADA	EMPRESA	FACTURA/NC	VALOR	ORDEM DE TRABALHO	NOTA DE ENCOMENDA	ENTREGUE A:	DATA DE ENTREGA	PROTOCOLO	DATA DE SAÍDA	OBSERVAÇÕES 1	OBSERVAÇÕES 2

Elaborado: [illegible]
Data: 17/6/2011

Verificado: [illegible]
Data: 21/6/2011

Aprovado:
Data:

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção de Formação
Data de realização
Formador

Pontos a avaliar	**Avaliação**		
	Elevada	Média	Baixa
Organização			
Apresentação			
Conteúdo			
Valorização profissional			

Observações

Formando: **Data:**

SERVIÇOS/FORNECEDORES	N.º INQUÉRITOS ENVIADOS	DATA DE ENVIO	N.º INQUÉRITOS RECEBIDOS	DATA DE RECEPÇÃO

% de serviços do CHVNG/E abrangidos	
N.º clientes externos	

Elaborado: [signature]
Data: 06/07/2011

Verificado: [signature]
Data: 8/7/2011

Aprovado: [signature]
Data: 08/07/2011

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
N.º Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

NÚMERO	ACÇÃO DE MELHORIA				SEGUIMENTO (EFICAZ/NÃO EFICAZ)	CONCLUÍDA(√)
	CORRECTIVA	PRAZO	PREVENTIVA	PRAZO		
___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___		
___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___		
___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___		
___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___		
___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___		
___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___		
___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___		
___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___		
___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___		
___/___	___/___	___/___/___	___/___	___/___/___		

Elaborado: [signature]
Data: 06/07/2011

Verificado: [signature]
Data: 8/7/2011

Aprovado: [signature]
Data: 08/07/2011

CHVNG/E, E.P.E.
... SIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
... EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

NÚMERO	JUSTIFICADA/NÃO JUSTIFICADA	ACÇÃO CORRECTIVA	PRAZO	SEGUIMENTO (EFICAZ/NÃO EFICAZ)	COMUNICAÇÃO RECLAMANTE	CONCLUÍDA(√)
___/___		___/___	___/___/___		___/___/___	
___/___		___/___	___/___/___		___/___/___	
___/___		___/___	___/___/___		___/___/___	
___/___		___/___	___/___/___		___/___/___	
___/___		___/___	___/___/___		___/___/___	
___/___		___/___	___/___/___		___/___/___	
___/___		___/___	___/___/___		___/___/___	
___/___		___/___	___/___/___		___/___/___	
___/___		___/___	___/___/___		___/___/___	
___/___		___/___	___/___/___		___/___/___	

Elaborado: [signature] Data: 06/07/2011
Verificado: Ilda Bondes Data: 8/7/2011
Aprovado: CHVNG/E, E.P.E. Eng. CASSIEN CROISE Responsável do Serviço Nº Mec. 6198 SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA [signature] Data: 08/07/2011

DATA DE REALIZAÇÃO	CONFORMIDADE (SIM/NÃO)		MELHORIAS PROPOSTAS	APROVAÇÃO (SIM/NÃO)	REALIZAÇÃO
	AMBIENTE DE TRABALHO	INFRAESTRUTURAS			
___/___/___					___/___/___
___/___/___					___/___/___
___/___/___					___/___/___
___/___/___					___/___/___
___/___/___					___/___/___
___/___/___					___/___/___
___/___/___					___/___/___
___/___/___					___/___/___
___/___/___					___/___/___

Elaborado: Inês Alves
Data: 06/07/2017

Verificado: Lídia Brandão
Data: 8/7/2011

Aprovado: 08/07/2011
Data:

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. [illegible]
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

FORNECEDOR

ITEM	VALOR	REINCIDÊNCIA	PONTOS
Número de não conformidades (NC) no produto/serviço fornecido			
Nenhuma NC detectada	+5		
Entre 1 a 5 NCs detectadas	-3		
Mais de 5 NCs detectadas	-5		
Número de reclamações ao fornecedor			
Nenhuma reclamação	+5		
Entre 1 a 5 reclamações detectadas	-3		
Mais de 5 reclamações detectadas	-5		
Desempenho de entrega			
Agendamento da data	+5		
Não agendamento da data	-5		
Entrega na data	+5		
Atraso de 1 dia	-2		
Atraso superior a 1 dia	-5		
Antecipação de 1 dia	-2		
Antecipação superior a 1 dia	-5		
IAF=100+∑PONTOS			

Nota: Em caso de reincidência duplicar o valor do respectivo item para o cálculo dos pontos.

Realizado por: _____ **Data:** _____

Anexo 10 Instruções de Trabalho

Esta secção inclui, pela ordem apresentada, as seguintes instruções de trabalho:

IT01 Inventariação Física;

IT03 Dados-chave requisições internas.

1. OBJECTIVO

Definir as regras a respeitar no processo de inventariação física e simultânea identificação dos Bens.

2. DEFINIÇÕES

Tabela de Inventariação Física – ficheiro Excel para o registo dos dados dos Bens a inventariar.

Ficheiro Excel de Controlo – ficheiro Excel onde são reunidas diariamente as tabelas de inventariação física de cada equipa.

Base de Dados – ficheiro Excel com a listagem do SEE dos Bens inventariados.

3. PROCEDIMENTO

3.1 Inventariação Física

Edição Excel

1. A cada equipa é atribuída uma Tabela de Inventariação Física, onde deve preencher para cada Bem os campos indicados (ver Anexo I);
2. Introduzir todos os dados, respeitando o novo acordo ortográfico, em **letra maiúscula, incluindo "Ç" e preposições,** e **excluindo acentos**;
3. Utilizar a **cor** atribuída **à equipa** para o preenchimento da Tabela de Inventariação Física;

Equipa A
Equipa B
Equipa C
Equipa D

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN C...
Responsável do Serviço
N.º Mec. 6198
...O EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

4. Antes de introduzir o Bem na Tabela de Inventariação Física, proceder da seguinte forma:

4. 1. Verificar se o Bem já se encontra na Base de Dados. Caso esteja, copiar a linha correspondente para a Tabela de Inventariação Física da equipa, verificar os diferentes campos e actualizá-los, sempre segundo as normas definidas no ponto 2.

4. 2. Verificar se o Bem a inventariar já consta no Ficheiro Excel de Controlo mais actualizado, por forma a evitar repetições. Caso conste, verificar os campos e já inventariado numa localização diferente, apurar junto do Responsável no Serviço qual o centro de custo correcto e actualizar a informação no Ficheiro, marcando a amarelo.

Considerações específicas

Ter em conta para os seguintes campos do Ficheiro Excel:

Classe

Inventariar apenas os Bens pertencentes às seguintes classes, devendo ser indicado neste campo o respectivo número representativo:

4 – INFORMATICO

Apenas hardware.

Exemplos:

BASTIDOR
CENTRAL TELEFONICA
EQUIPAMENTO DE REGISTO E REPRODUÇAO DE SOM
FAX
FOTOCOPIADORA
IMPRESSORA
MONITOR
PC
PDA
SCANNER

TELEFONE

5 – ELETROMEDICINA

Exemplos:

APARELHO DE ANESTESIA
APARELHO DE TENSAO ARTERIAL
AQUECEDOR DE LEITO
BOMBA INFUSORA
CAMA ELETRICA
CAMA MECANICA
CANDEEIRO CIRURGICO
CARDIOTOCOGRAFO
CENTRAL DE TELEMETRIA
CENTRIFUGA
COLPOSCOPIO
DESFIBRILHADOR
ECOCARDIOGRAFO
ECOGRAFO
ECODOPPLER PORTATIL
ELETROCARDIOGRAFO
ESTAÇAO DE INFUSAO
ESTAÇAO DE TRABALHO
ESPIROMETRO
FONTE DE LUZ FRIA
GARROTE PNEUMATICO
INCUBADORA
LASER
MAMOGRAFO
MARQUESA OPERATORIA
MICROSCOPIO
MONITOR DA ESTAÇAO DE TRABALHO
MONITOR DE SINAIS VITAIS
OXIMETRO
POTENCIAIS EVOCADOS
RESSUSCITADOR
SERINGA PERFUSORA
TAMPA DA ESTAÇAO DE INFUSAO
TINA

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Reg. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

TOPOGRAFO
VENTILADOR DE TRANSPORTE
VENTILADOR PULMONAR

6 – INSTRUMENTAL CIRURGICO

Apenas os equipamentos de importe superior a 200€.

Exemplos:

ATROSCOPIO AUTOCLAVAVEL
OTICA RIGIDA (indicar em modelo a amplitude)
OTICA FLEXIVEL (indicar em modelo a amplitude)

8 – SISTEMAS FRIO/CALOR

Apenas os FRIGORIFICOS.

9 – INDUSTRIAL

Apenas:

UPS
MAQUINA DE SELAR
MAQUINA DE ROTULAR
MAQUINA DE EMBALAR COMPRIMIDOS

Localização

Identificar o edifício e o andar onde se localiza o Bem da seguinte forma:



Edifício – utilizar o código de letra(s) indicado no Anexo II;

Andar – utilizar um número indicativo:

- 0 – piso térreo;
- -1, -2, -3, ..., -n – pisos subterrâneos;

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

- 1, 2, 3, ..., n – pisos superiores;

Contra consumo

Identificar como contra consumo os Bens:

- identificados com uma etiqueta vermelha com o símbolo do CHVNG/E e um código iniciado por C seguido de número sequencial (ex.: C50);
- indicados pelo Responsável no Serviço como tal.

Sem interesse

Questionar o Responsável no Serviço acerca do Bens que já não apresentam interesse para a actividade aí desempenhada e identifica-los neste campo.

Etiquetagem

Indicar a forma como o Bem foi identificado:

0 – se não é viável identificar;
1 – se foi etiquetado;
2 – se foi gravado mecanicamente.

3.2 Identificação dos Bens

1. Colocar duas etiquetas no Bem sempre que possível:
   - uma em local visível, que não seja afectado pela limpeza do Bem e que não esteja exposto a fricção mecânica. Preferencialmente, colocar na **parte da frente superior esquerda** do Bem;
   - outra em local escondido e protegido, preferencialmente, na **parte de trás** do Bem e **perto da fonte de alimentação** (quando aplicável).

2. Quando pelas suas características não é possível etiquetar, proceder à gravação mecânica, em local facilmente identificável e sem prejuízo para as funções do Bem.

CHVNG/E, E.P.E. SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELE...

ANEXO I – TABELA DE INVENTARIAÇÃO FÍSICA

Data	Nº Inventário	Descrição	Marca	Modelo	Nº Série	Descrição do Serviço	Descrição Fornecedor	Descrição Assistente	Classe	Data de Fabrico	Localização	Fixo	Contra consumo	Sem interesse			Etiquetagem

Elaborado: Inês Pinto
Data: 06/04/2011

Verificado: Isabel Brandão
Data: 9/5/2011

Aprovado:
Data: 09/05/2011

SEE.09.10

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

ANEXO II – TABELA CÓDIGOS EDIFÍCIOS

Código	Edifício
A	Pavilhão Central
B	Pavilhão Masculino
C	Pavilhão Feminino
D	Pavilhão Satélite
E	Farmácia
F	Aprovisionamento e Armazém
G	Psiquiatria Consultas
H	Psiquiatria Internamento
I	Bar
J	Serviço Imunoterapia
K	Portaria Principal
L	Capela
M	Casa Mortuária
N	Serviço de Obras e Instalações
O	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
P	Portaria Sul
Q	Rouparia
R	Arquivo
S	Hospital de Dia
T	Armazém Exterior da Farmácia
U	Portaria do Parque de Utentes
V	Sala de Espera do Serviço de Urgência
X	Loja do Utente
Z	Depósitos de Gases Medicinais
Y	Edifício do Posto de Transformação e do Gerador
AA	Liga dos Amigos
AB	Edifício Administrativo
AC	Cantina
AD	Autoclave
AE	SEE
AF	Contentores Nefrologia
AG	Parque de Equipamentos do SEE
AH	Parques de Estacionamento Unidade I
AI	Unidade II
AJ	Parque de Estacionamento Unidade II
AK	Edifício Principal Unidade III
AL	Cantina Unidade III
AM	Parque de Estacionamento Unidade III

SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA
Responsável do Serviço
Nº Mec.: 8798
Eng. CASSIEN CROISE
CHEFE DE SERVIÇO, E.P.E.

1. OBJECTIVO

Definir as regras de preenchimento dos dados-chave nas requisições internas no software de gestão hospitalar.

2. DEFINIÇÕES

Dados-chave – consideram-se dados-chave da requisição interna aqueles cuja conformidade condiciona o procedimento de emissão de ordens de trabalho na óptica da actividade do Serviço de Equipamentos e Electromedicina: Opção, Equipamento, Centro Custo, Destino e Descrição.

Opção – refere-se ao campo identificado com a letra A no Anexo I da presente instrução de trabalho.

3. PROCEDIMENTO

EFECTUAR UMA REQUISIÇÃO POR EQUIPAMENTO/INFRAESTRUTURA

No preenchimento dos dados-chave da requisição (identificados no Anexo I), proceder da seguinte forma:

A. **Opção** – Seleccionar uma das opções, dando especial atenção à sua **aplicação**.

1. *Equipamento*

   Seleccionar quando o equipamento está identificado com o **número de inventário**, através de etiqueta ou de gravação mecânica.

2. *Equipamento Não Definido*

   Seleccionar quando o pedido é relativo a um equipamento **não identificado** com o número de inventário. Confirmar sempre a não existência de etiqueta ou de número gravado mecanicamente.

CHVNG/E, E.P.E.
ENG. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

3. *Equipamento Indiferenciado*

Seleccionar quando **não é possível identificar** o equipamento (ex.: mudar uma lâmpada).

4. *Infraestrutura*

Seleccionar nos casos em que o pedido é relativo à **infraestrutura** e não a equipamentos (ex.: pintura de parede).

B. **Equipamento** – Preencher os dados do equipamento.

Opção 1

Introduzir o **número de inventário** que identifica o equipamento e premir *enter* para chamar os dados de inventário correspondentes à Marca, Modelo e Nº Série.

Opção 2

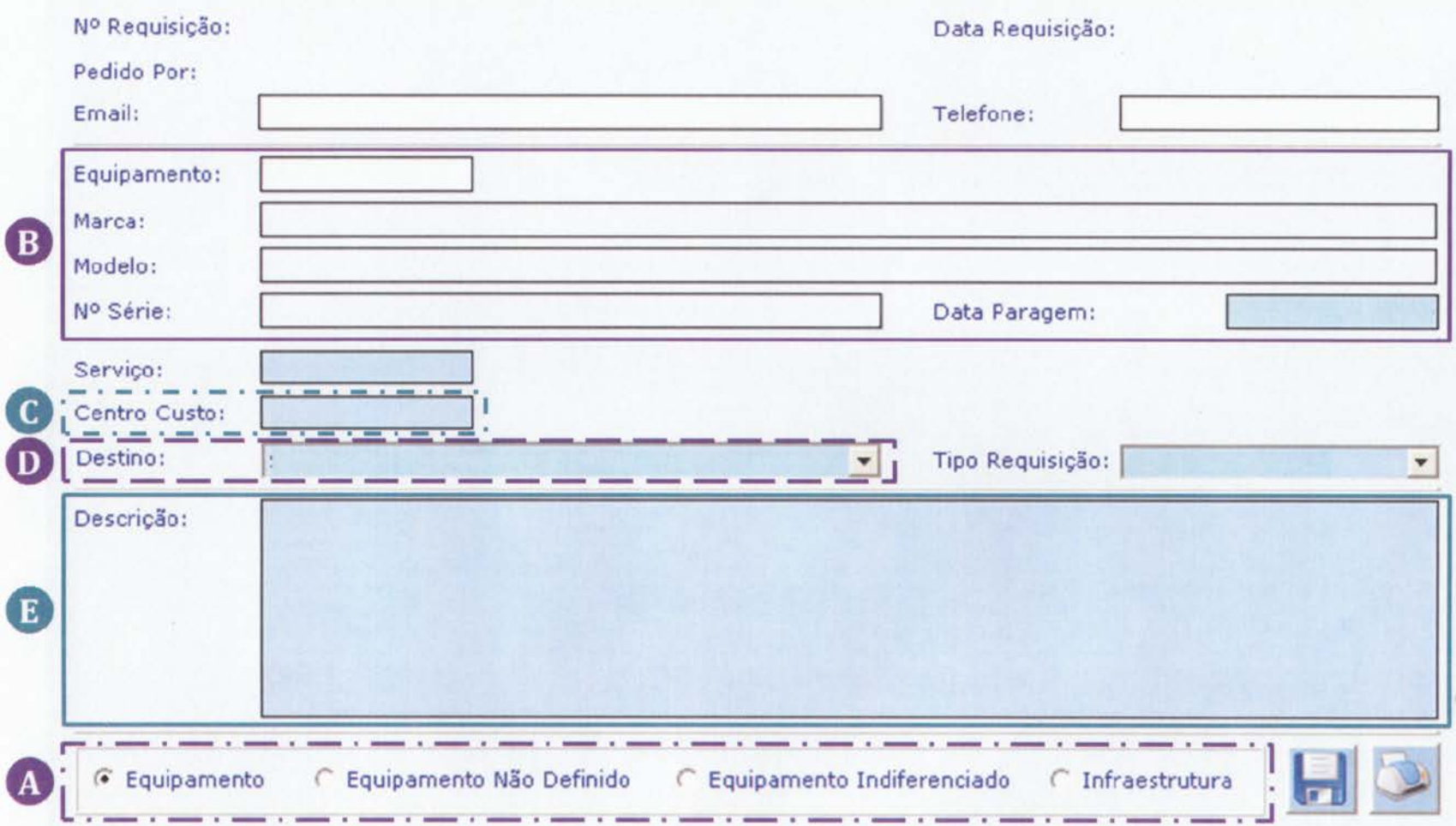
Preencher manualmente os campos **Marca, Modelo e Nº Série**. Caso não seja possível indicar um dos campos, completar NAO ENCONTRADO.

C. **Centro Custo** – Indicar **sempre** o Centro de Custo a que o equipamento está associado.

D. **Destino** – Endereçar para "Serviço Instalações Equipamentos" **apenas** as requisições relacionadas com equipamentos médicos e não-médicos (aquisição, manutenção, reparação e transporte), com sistemas de frio/calor, com instalações e/ou com obras.

E. **Descrição** – Descrever de forma **sucinta e clara** o pedido, nunca mencionando mais do que um equipamento ou infraestrutura.

CHVNG/E, E.P.E.
HOSPITAL GASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Mecanográfico 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA


Nº Requisição:
Data Requisição:
Pedido Por:
Email:
Telefone:
Equipamento:
Marca:
Modelo:
Nº Série:
Data Paragem:
Serviço:
Centro Custo:
Destino:
Tipo Requisição:
Descrição:
Equipamento
Equipamento Não Definido
Equipamento Indiferenciado
Infraestrutura
B
C
D
E
A

Anexo 11 Folhas de Verificação

Esta secção inclui, pela ordem apresentada, as seguintes folhas de verificação:

FV02.10 Aparelho Anestesia;

FV03.10 Aparelho Fototerapia

FV04.10 Aquecedor de tubos

FV05.10 Aspirador Médico-cirúrgico

FV06.10 Aspirador Parietal

FV07.10 Banho-maria

FV08.10 Bomba e Seringa

FV09.10 Candeeiro

FV10.10 Desfibrilhador

FV11.10 Electrobisturi

FV12.10 Humidificador Aquecido

FV13.10 Mesa Operatória

FV14.10 Microscópio

FV15.10 Monitor de Respiração

FV16.10 Monitor de Tensão Arterial Não Invasiva

FV17.10 Oxímetro

FV18.10 Ressuscitador Pulmonar

FV19.10 Transfer Bloco Operatório

FV20.10 Vaporizador Anestesia

FV21.10 Ventilador Anestesia Cuidados Críticos

FV22.10 Ventilador Portátil

FV23.10 Estufa de Ar Quente

FV24.10 Equipamento de Frio

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza geral do aparelho	Trimestral	
2	Lubrificação (especificações do fabricante)	Trimestral	
3	Substituição de Kit's de manutenção	Trimestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Verificação de chassis/suporte móvel/travões	Trimestral	
2	Verificação de absorvedor de dióxido de carbono	Trimestral	
3	Verificação de alimentação eléctrica/cabos e acessórios	Trimestral	
4	Verificação de fusíveis/protecção do circuito	Trimestral	
5	Verificação de tubagens/filtros/conexões	Trimestral	
6	Verificação de controlos/interruptores/indicadores e displays	Trimestral	
7	Verificação de colunas de débito	Trimestral	
8	Teste de protecção contra misturas hipoxidas	Trimestral	
9	Verificação e teste de alarmes	Trimestral	
10	Simulação de falha de gases de alimentação	Trimestral	
11	Verificação de válvulas (APL...)	Trimestral	
12	Verificação de bateria/carregador	Trimestral	
13	Verificação de sistemas de exaustão	Trimestral	
14	Verificação de monitorização	Trimestral	
15	Verificação de circuito de paciente	Trimestral	

Técnico

Assinatura

/ /201

Responsável Serviço

Assinatura

/ /201

Eng. CASSIL... Responsável do S... Nº Mec. 6195

Elaborado: [illegible] Verificado: Jesé Brandão Aprovado:

Data: 7/06/2011 Data: 29/6/2011 Data: 21/06/2011

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza geral do aparelho	Semestral	
2	Lubrificação (ventoinha, se necessário)	Semestral	
3	Substituição de lâmpadas	Semestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Verificação de chassis/suporte móvel/travões	Semestral	
2	Verificação de alimentação eléctrica/cabos e acessórios	Semestral	
3	Verificação de fusíveis/protecção do circuito	Semestral	
4	Verificação de filtros/elementos reflectores	Semestral	
5	Verificação de controlos/interruptores/indicadores e displays	Semestral	
6	Verificação de aquecimento	Semestral	
7	Verificação de ventoinha	Semestral	
8	Verificação e teste de alarmes	Semestral	

Técnico

Assinatura

/ /201

Responsável Serviço

Assinatura

/ /201

C.H.T.V.G./E.P.E.
Eng. Clínica
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza técnica	Trimestal	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Inspecção visual do aparelho	Semestral	
2	Verificação do selector de tempo	Semestral	

Técnico

Assinatura

/ /201

Responsável Serviço

Assinatura

/ /201

CASSIEN CRUZ
Nº Mec. 8158
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza geral do aparelho	Semestral	
2	Lubrificação	Semestral	
3	Substituição (filtros e tubagens, quando necessário)	Semestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Verificação de chassis/suporte móvel	Semestral	
2	Verificação de alimentação eléctrica/cabos e acessórios	Semestral	
3	Verificação de fusíveis/protecção do circuito	Semestral	
4	Verificação de tubagens/filtros/conexões	Semestral	
5	Verificação de controlos/interruptores/indicadores	Semestral	
6	Verificação de bateria/carregador	Semestral	
7	Verificação de dispositivo contra sobrenchimento	Semestral	
8	Verificação de motor/bomba de vácuo	Semestral	

Técnico

Assinatura

/ /201

Responsável Serviço

Assinatura

/ /201

CHTMAD/E, E.P.E.
ENGENHEIRO CASSIEN CRUZE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 17154
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Inspecção visual	Semestral	
2	Limpeza/lubrificação do comutador ON/OFF	Semestral	
3	Substituição (filtros e tubagens, quando necessário)	Semestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Verificação do regulador de vácuo	Semestral	
2	Verificação do vacuómetro	Semestral	
3	Verificação da tubagem ao frasco colector	Semestral	
4	Verificação da ligação da tampa e tubagem para ligação à sonda	Semestral	
5	Verificação de protecção contra sobreenchimento	Semestral	

Técnico

Assinatura
/ /201

Responsável Serviço

Assinatura
/ /201

CHVNG/E, E.P.E.
Engenharia Clínica
Responsável Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza geral do aparelho	Semestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Inspecção visual do aparelho	Semestral	
2	Verificação do estado da bomba ou motor de agitação	Semestral	

Técnico

Assinatura

/ /201

Responsável Serviço

Assinatura

/ /201

HSJ/E, E.P.E.
CASSIEN CROCE
Responsável Serviço
Nº Mec. 01[illegible]
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza geral do aparelho	Semestral	
2	Substituição (bateria, quando necessário)	Semestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Chassis	Semestral	
2	Montagem	Semestral	
3	Suporte móvel/ Travões	Semestral	
4	Alimentação eléctrica/acessórios	Semestral	
5	Cabo eléctrico	Semestral	
6	Fusivéis/protecção do circuito	Semestral	
7	Cabos/conexões	Semestral	
8	Controlos/interruptores	Semestral	
9	Bateria/carregador	Semestral	
10	Indicadores/displays	Semestral	
11	Alarmes/avisadores:	Semestral	
	a)"ausência de gotas"	Semestral	
	b)"bolhas de ar"	Semestral	
	c)"oclusão"	Semestral	
12	Sinais audíveis	Semestral	
13	Marcação/labels	Semestral	
14	Acessórios	Semestral	

Técnico

Assinatura
/ /201

Responsável Serviço

Assinatura
/ /201

HGE, E.P.E.
SERVIÇO ENGENHARIA CLÍNICA
Resp. Serviço
Nº Mec. 6158
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza de filtros ópticos	Semestral	
2	Limpeza das ópticas	Semestral	
3	Substituição de lâmpadas	Semestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Verificação das focagens	Semestral	
2	Verificação da luminosidade	Semestral	
3	Verificação das articulações do candeeiro principal e do satélite	Semestral	
4	Verificação dos contactos rotativos	Semestral	
5	Verificação do comando eléctrico/electrónico	Semestral	

Técnico

Assinatura
/ /201

Responsável Serviço

Assinatura
/ /201

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CARLOS [illegible]
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

SEE

Folha de Verificação

DESFIBRILHADOR

FV0.10.10

Nº RMP_____

Data: / /201

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza do exterior, rolo de arrasto do papel e pás	Trimestral	
2	Lubrificação do sistema de tracção do papel	Trimestral	
3	Substituir filtro	Trimestral	
4	Limpar cabeça térmica	Trimestral	
5	Verificar estilete	Trimestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Verificar chassis e caixa exterior	Trimestral	
2	Verificar cabo de alimentação	Trimestral	
3	Verificar suporte do equipamento	Trimestral	
4	Verificar cabo e eléctrodos do paciente	Trimestral	
5	Verificar cabo de pás e respectivos eléctrodos de desfibrilhação	Trimestral	
6	Verificar pás especiais (internas e pediátricas) e eléctrodos de desfibrilação des	Trimestral	
7	Verificar comandos e switches	Trimestral	
8	Verificar bateria e carregador	Trimestral	
9	Confirmar o funcionamento de indicadores, lâmpadas e displays	Trimestral	
10	Com o simulador de ECG, verificar qualidade do traçado (display)	Trimestral	
11	Com o simulador de ECG, verificar qualidade do traçado (regist)	Trimestral	
12	Verificar se o papel corre uniformemente	Trimestral	
13	Verificar resposta ao sinal interno de calibração de 1 mV	Trimestral	
14	Verificar dispositivo de auto-teste	Trimestral	
15	Verificar alarmes e sinais audíveis	Trimestral	
16	Verificar modo de sincronismo	Trimestral	
17	Verificar descarga interna na energia acumulada	Trimestral	
18	Verificar limite de energia nas pás de desfibrilhação interna	Trimestral	
19	Verificar a sensibilidade na contagem dos complexos QRS	Trimestral	
20	Verificar se etiquetas de informação estão em bom estado	Trimestral	
21	Verificar o estado dos acessórios	Trimestral	

Técnico

Assinatura

/ /201

Responsável Serviço

Assinatura

/ /201

Elaborado: Inês Pinto Data: 17/06/2011

Verificado: Pedro Brandão Data: 21/6/2011

Aprovado: Data: 21/06/2011

CROISEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6196
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza geral do aparelho	Trimestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Inspecção visual das protecções e integridade mecânica	Trimestral	
2	Verificação do cabo e fichas de alimentação e outros acessórios	Trimestral	
3	Verificação dos circuitos de comando e monitorização e dos alarme	Trimestral	
4	Testes funcionais em todos os modos de funcionamento	Trimestral	

Técnico

Assinatura

/ /201

Responsável Serviço

Assinatura

/ /201

CHVNG/E, E.P.E.
HOSPITAL DE SANTA LUZIA
Eng. [illegible]
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza geral do aparelho	Semestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Verificação de suporte móvel/ travões	Semestral	
2	Verificação de alimentação eléctrica/cabos e acessórios	Semestral	
3	Verificação de fusivéis/protecção do circuito	Semestral	
4	Verificação de tubagens/conexões	Semestral	
5	Verificação de transdutores/sensor de temperatura	Semestral	
6	Verificação de controlos/interruptores/indicadores e displays	Semestral	
7	Verificação de aquecimento	Semestral	
8	Verificação de nível de fluídos	Semestral	
9	Verificação e teste de alarmes	Semestral	

Técnico

Assinatura

/ /201

Responsável Serviço

Assinatura

/ /201

CHVNG E, E.P.E.
Eng. FABIEN CROISE
Responsável Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza exterior	Semestral	
2	Limpeza das colunas deslizantes	Semestral	
3	Limpeza dos tabuleiros	Semestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Verificação de posições dos tabuleiros	Semestral	
2	Verificação do sistema de elevação	Semestral	
3	Verificação do comando eléctrico	Semestral	
4	Verificação do nível de óleo (se existir)	Semestral	
5	Verificação do estado dos colchões	Semestral	

Técnico

Assinatura
/ /201

Responsável Serviço

Assinatura
/ /201

CHMT/E, E.P.E.
Eng. CASSIANO CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza de oculares e tubos binoculares	Semestral	
2	Limpeza de objectivas	Semestral	
3	Limpeza de condensadores	Semestral	
4	Limpeza da fonte de luz	Semestral	
5	Centragem do sistema óptico	Semestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Verificação de cabos e fichas	Semestral	
2	Verificação do estativo e acessórios	Semestral	
3	Verificação de movimentos e anulação de folgas	Semestral	
4	Verificação do sistema micrométrico	Semestral	
5	Verificação dos movimentos da platina (x,y)	Semestral	
6	Verificação do sistema eléctrico	Semestral	

Técnico

Assinatura

/ /201

Responsável Serviço

Assinatura

/ /201

Elaborado: Inês Costa
Data: 17/06/2011

Verificado: Lida Brandão
Data: 21/6/2011

Aprovado:
Data: 21/6/2011

C.H.V.N.G./E.P.E.
Eng. CASSIEN BAPTISTE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza geral	Semestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Verificar chassis e caixa exterior	Semestral	
2	Verificar cabo de alimentação	Semestral	
3	Verificação da alimentação por bateria	Semestral	
4	Verificação da alimentação pela rede eléctrica	Semestral	
5	Verificar cabos/tubagens de ligação ao doente	Semestral	
6	Verificar o funcionamento de indicadores, lâmpadas e displays	Semestral	
7	Verificar comandos e switches	Semestral	
8	Verificar funcionamento com simulador	Semestral	
9	Verificação e teste de alarmes	Semestral	

Técnico

Assinatura

/ /201

Responsável Serviço

Assinatura

/ /201

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CHAGAS CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6145
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza do exterior e rolos de arrasto do papel	Semestral	
2	Substituição dos vedantes	Semestral	
3	Limpeza do filtro	Semestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Verificar chassis e caixa exterior	Semestral	
2	Verificar cabo de alimentação	Semestral	
3	Verificar suporte do equipamento	Semestral	
4	Verificar braçadeira e tubagem	Semestral	
5	Verificar alarmes e sinais audíveis	Semestral	
6	Verificar comandos e switches	Semestral	
7	Confirmar o funcionamento de indicadores luminosos e displays	Semestral	
8	Verificar ventoinha de arrefecimento	Semestral	
9	Verificar bateria e carregador	Semestral	
10	Verificar o registador	Semestral	
11	Verificar o funcionamento em manual e automático	Semestral	
12	Testar o limite de pressão máxima	Semestral	
13	Testar o limite de alarmes	Semestral	

Técnico

Assinatura

/ /201

Responsável Serviço

Assinatura

/ /201

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. [illegible]
Responsável de Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza de oculares e tubos binoculares	Semestral	
2	Limpeza de objectivas	Semestral	
3	Limpeza de condensadores	Semestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Verificar chassis	Semestral	
2	Verificar cabo de alimentação	Semestral	
3	Verificação da alimentação por bateria	Semestral	
4	Verificação da alimentação pela rede eléctrica	Semestral	
5	Verificar fusíveis/protecção do circuito	Semestral	
6	Verificar o funcionamento de indicadores e displays	Semestral	
7	Verificar electrólito/transductores	Semestral	
8	Verificar funcionamento com simulador	Semestral	
9	Verificação e teste de alarmes	Semestral	

Técnico

Assinatura

/ /201

Responsável Serviço

Assinatura

/ /201

HVNG/E, E.P.E.
Eng. CASIMIRO CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza geral	Semestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Verificação de chassis/suporte móvel/travões	Semestral	
2	Verificação de alimentação eléctrica/cabos e acessórios	Semestral	
3	Verificação de fusíveis/protecção do circuito	Semestral	
4	Verificação de sondas/sensores	Semestral	
5	Verificação de tubagens/filtros/conexões	Semestral	
6	Verificação de controlos/indicadores/interruptores e displays	Semestral	
7	Verificação de aquecimento	Semestral	
8	Verificação dos elementos reflectores	Semestral	
9	Verificação da cama/colchão	Semestral	
10	Verificação e testes de alarme	Semestral	
11	Verificação e teste da válvula de segurança	Semestral	
12	Verificação de fugas	Semestral	

Técnico

Assinatura

/ /201

Responsável Serviço

Assinatura

/ /201

E.P.E.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICIN

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza das tampas exteriores	Semestral	
2	Limpeza das colunas deslizantes	Semestral	
3	Limeza dos rolos metálicos	Semestral	
4	Lubrificação dos sem-fins	Semestral	
5	Lubrificação das caixas redutoras	Semestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Verificação do comando eléctrico	Semestral	
2	Verificação do sistema de elevação	Semestral	
3	Verificação do estado da tela de transporte	Semestral	
4	Verificação e ensaio dos fins de curso	Semestral	
5	Verificação da tensão das correias	Semestral	

Técnico

Assinatura

/ /201

Responsável Serviço

Assinatura

/ /201

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6[illegible]
SERVIÇO EQUIPAM[illegible]

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Centragem do sistema óptico	Semestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Verificação de chassis/suporte	Semestral	
2	Verificação de tubagens/conexões	Semestral	
3	Verificação de controlos/indicadores e displays	Semestral	
4	Verificação de nível de fluídos	Semestral	
5	Verificação de encravamento de protecção (uso de 1 vaporizador)	Semestral	
6	Verificação de vidro de nível/O-rings/mecanismo de enchimento	Semestral	

Técnico

Assinatura

/ /201

Responsável Serviço

Assinatura

/ /201

CHU E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza de oculares e tubos binoculares	Trimestral	
4	Limpeza da fonte de luz	Trimestral	
5	Centragem do sistema óptico	Trimestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Verificação de chassis/suporte móvel/travões	Trimestral	
2	Verificação de alimentação eléctrica/cabos e acessórios	Trimestral	
3	Verificação de fusíveis/protecção do circuito	Trimestral	
4	Verificação de tubagens/filtros/conexões	Trimestral	
5	Verificação de controlos/indicadores/interruptores e displays	Trimestral	
6	Verificação de fole (ventilador de anestesia)	Trimestral	
7	Verificação de válvulas/limitador de pressão	Trimestral	
8	Verificação de bateria/carregador	Trimestral	
9	Verificação de modos de funcionamento	Trimestral	
10	Verificação e testes de alarme	Trimestral	

Técnico

Assinatura

/ /201

Responsável Serviço

Assinatura

/ /201

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. [illegible] CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza geral	Trimestral	
2	Lubrificação (ventoinha/motor)	Trimestral	
3	Calibração	Trimestral	
4	Substituição do Kit de manutenção	Trimestral	
5	Centragem do sistema óptico	Trimestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Verificação de chassis/suporte móvel/travões	Trimestral	
2	Verificação de alimentação eléctrica/cabos e acessórios	Trimestral	
3	Verificação de fusíveis/protecção do circuito	Trimestral	
4	Verificação de tubagens/filtros/conexões	Trimestral	
5	Verificação de controlos/indicadores/interruptores e displays	Trimestral	
6	Verificação de fole (ventilador de anestesia)	Trimestral	
7	Verificação de válvulas/limitador de pressão	Trimestral	
8	Verificação de bateria/carregador	Trimestral	
9	Verificação de modos de funcionamento	Trimestral	
10	Verificação e testes de alarme	Trimestral	
11	Verificação de circuito de paciente	Trimestral	

Técnico

Assinatura
/ /201

Responsável Serviço

Assinatura
/ /201

E.P.E.
HOSPITAL CASSIEN CROISE
Nº MEC
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza interior da camara	Trimestral	
2	Substituição do vedante da porta	Semestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Verificar alimentação eléctrica	Trimestral	
2	Verificar vedante da porta	Trimestral	
3	Verificação do motor de ventilação	Trimestral	
4	Verificação do comando eléctrico	Trimestral	
5	Verificação do fecho da porta	Trimestral	
6	Verificação das dobradiças da porta	Trimestral	

Técnico

Assinatura

/ /201

Responsável Serviço

Assinatura

/ /201

HOSPITAL G/E, E.P.E.
DR. GASSIEN CROISE
Responsável de Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Actividades de Manutenção

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Limpeza do condensador	Trimestral	
2	Limpeza do evaporador	Trimestral	
3	Reapertos eléctricos	Trimestral	

Testes Qualitativos

Nº	Descrição	Periocidade	Foi realizado
1	Verificação do funcionamento dos ventiladores	Trimestral	
2	Verificação do funcionamento dos compressores	Trimestral	
3	Verificação da estanquecidade do circuito de gás	Trimestral	
4	Verificação do funcionamento do registador	Trimestral	
5	Verificação do estado das resistências eléctricas da porta	Trimestral	
6	Verificação do estado das resistências eléctricas de descongelação	Trimestral	
7	Verificação das borracchas de vedação da porta	Trimestral	
8	Verificar micro switches das portas	Trimestral	

Técnico

Assinatura
/ /201

Responsável Serviço

Assinatura
/ /201

CH/VNG/E, E.P.E.
Dr. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Anexo 12 Manual de Gestão da Qualidade

CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

Serviço de Equipamentos e Electromedicina

Manual de Gestão da Qualidade

Vila Nova de Gaia, 29 de Junho de 2011

Centro Hospitalar de
Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
Rua Conceição Fernandes s/n
4434-502 Vila Nova de Gaia

www.chvng.min-saude.pt
Tel. +351 22 786 51 00
Fax +351 22 783 02 09

NIPC 508 142 156
Capital Estatutário 47.082.000,00
Registo Comercial nº508 142 156
geral@chvng.min-saude.pt

Ministério da Saúde

CONTROLO DO DOCUMENTO

Responsável: Eng.º Cassien Croisé

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

Data	Autor	Descrição
16-02-2011	Inês Pinho	Criação do Documento
29-06-2011	Inês Pinho	1ª Edição

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISÉ
Responsável do Serviço
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

PROMULGAÇÃO DO MANUAL DE GESTÃO DA QUALIDADE

O presente Manual de Gestão da Qualidade descreve os meios e os procedimentos adoptados pelo Serviço de Equipamentos e Electromedicina para assegurar a qualidade dos serviços prestados e a melhoria dos seus processos.

Este manual constitui o suporte material de referência relativo às opções de organização e de funcionamento do Sistema de Gestão da Qualidade, de forma a garantir o cumprimento da Política da Qualidade.

A Qualidade deve ser uma preocupação constante de todos os colaboradores do serviço, competindo a cada um, na medida do seu envolvimento no Sistema de Gestão da Qualidade, o cumprimento das determinações deste manual e a contribuição para a sua melhoria.

O Responsável de Serviço assume a responsabilidade por assegurar que a Política da Qualidade é entendida e cumprida, e que a melhoria contínua do Sistema de Gestão da Qualidade é promovida.

Vila Nova de Gaia, 29 de Junho de 2011

O Responsável de Serviço,

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

ÍNDICE

CONTROLO DO DOCUMENTO II
PROMULGAÇÃO DO MANUAL DE GESTÃO DA QUALIDADE III
ÍNDICE IV
1 INTRODUÇÃO 6
1.1 Objectivo do Manual de Gestão da Qualidade 6
1.2 Definições e Siglas 6
1.3 Elaboração do MGQ 6
1.4 Verificação do MGQ 7
1.5 Aprovação do MGQ 7
1.6 Alterações 7
1.7 Acesso 7
2 APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO 8
2.1 Denominação e Localização 8
2.2 Colaboradores e Infraestruturas 9
2.3 Serviços Prestados 10
2.4 Organigrama 12
2.5 Posição na Cadeia de Valor 12
3 SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE 13
3.1 Campo de Aplicação 13
3.2 Referências Normativas 13
3.3 Política da Qualidade 14
3.4 Objectivos da Qualidade 14
3.5 Responsabilidades 15
3.6 Representante da Gestão 15

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROIX
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6103
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E

3.7 Gestão da Melhoria 16
4 ABORDAGEM POR PROCESSOS 17
4.1 Estrutura Documental 17
4.2 Interacção dos Processos 19
4.3 Processos 20
4.3.1 Processos de Gestão 20
4.3.2 Processos Operacionais 22
4.3.3 Processos de Suporte 25
4.4 Procedimentos da Gestão da Qualidade 27
4.5 Matriz de Responsabilidades 28
5 APLICAÇÃO DOS REQUISITOS DA NORMA 29
5.1 Requisitos da NP EN ISO 9001:2008 29
5.2 Matriz de Relação Processos vs Requisitos 30
ANEXOS 31

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

1 INTRODUÇÃO

1.1 Objectivo do Manual de Gestão da Qualidade

O Manual de Gestão da Qualidade pretende descrever o Sistema de Gestão de Qualidade implementado no Serviço de Equipamentos e Electromedicina, referindo a metodologia adoptada de forma a garantir a aplicação da norma NP EN ISO 9001:2008 à gestão dos recursos e processos do Serviço, e assim, promover a satisfação dos seus clientes, e de outras partes interessadas, relativamente à sua actividade.

1.2 Definições e Siglas

Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

Processo – conjunto de actividades inter-relacionadas e inter-actuantes que transformam entradas e saídas, acrescentado valor durante esta transformação.

AVAC	Aquecimento, Ventilação e Ar Condicionado
CA	Conselho de Administração
CHVNG/E	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
DAI	Departamento de Apoio ao imobilizado
DEM	Departamento de Electromedicina e Manutenção
DCAE	Departamento de Controlo Ambiental e Energético
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
MGQ	Manual de Gestão da Qualidade
OT	Ordem de Trabalho
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade

1.3 Elaboração do MGQ

A elaboração, manutenção e actualização do presente Manual é da responsabilidade do HPQ, em articulação com o RS e os restantes departamentos do SEE.

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROCE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6196
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

1.4 Verificação do MGQ

É responsabilidade do Representante para a Gestão da Qualidade a verificação do presente Manual.

1.5 Aprovação do MGQ

É da única e exclusiva responsabilidade do RS, a aprovação do MGQ.

1.6 Alterações

Todos os documentos do MGQ deverão especificar no campo "ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO" (excepto para MGQ.02.01 Índice) o teor das alterações introduzidas para edição/revisão em vigor e da que imediatamente a antecedeu.

O estado do documento (edição/revisão) deve ser actualizado na codificação e deve ser registada natureza da alteração na secção *Controlo do Documento*.

1.7 Acesso

O original do MGQ, para todos os documentos que o constituem, encontra-se disponível no directório de acesso restrito ao Representante para a Gestão da Qualidade e ao RS: \\172.20.91.2\see$\SGQ\Originais\MGQ.

A cópia de trabalho do mesmo é disponibilizada a todos os colaboradores do SEE no directório partilhado: \\172.20.91.2\see$\SGQ\MGQ.

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 5198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICI

2 APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

2.1 Denominação e Localização

O SEE localiza-se na Unidade I do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. (CHVNG/E). O centro hospitalar foi criado em 28 de Fevereiro de 2007 pelo Decreto-Lei nº50 – A/2007, por fusão entre o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e do Hospital Nossa Senhora da Ajuda, de Espinho, com natureza de Entidade Pública Empresarial (EPE). É constituído por três unidades: o Hospital Eduardo Santos Silva – Unidade I; o Hospital Comendador Manuel Moreira de Barros – Unidade II e o Hospital Nossa Senhora da Ajuda – Unidade III.

O CHVNG/E é uma pessoa colectiva (n.º 508 142 156) de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial (Decreto-Lei n.º558/99 de 17 de Dezembro; Artigo 18.º do Anexo à Lei n.º27/2002 de 8 de Novembro), integrada no Serviço Nacional de Saúde. Tem sede social na Rua Conceição Fernandes s/n, 4434 – 502 Vila Nova de Gaia.

A gestão integrada dos recursos permite-lhe ocupar um lugar central na região de Entre Douro e Vouga, cobrindo uma área com cerca de 700 mil habitantes, sendo que em 1.ª linha serve as populações dos concelhos de Vila Nova de Gaia e Espinho, com 343 mil habitantes. Apresenta todas as valências básicas, intermédias, diferenciadas e praticamente todas as altamente diferenciadas, algumas das quais ocupando um lugar de referência na zona Norte. Tem assim capacidade para assegurar integralmente o funcionamento de um Serviço de Urgência Polivalente, cumprindo os requisitos legais, utilizado por uma média diária de 500 utentes.

O SEE é parte integrante da Unidade de Operações e Logística do CHVNG/E, que pertence aos serviços de apoio à prestação de cuidados. Com a sua actividade, o serviço pretende, conjuntamente com os serviços clínicos e com as unidades de gestão, possibilitar uma melhor rentabilização global dos recursos da Instituição e uma agilização do acesso aos equipamentos pela globalidade dos serviços.

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

2.2 Colaboradores e Infraestruturas

O SEE dispõe de 11 colaboradores activos, que se dividem pela administração e planeamento e qualidade do serviço (5); e pelas três áreas de actuação – imobilizado (2), electromedicina (2) e controlo ambiental e energético (2).

As instalações do SEE compreendem um edifício administrativo, parques de equipamentos e instalações técnicas. O edifício administrativo centraliza a área funcional de atendimento e a de desempenho das funções de gestão da actividade do Serviço; enquanto o parque de equipamentos é destinado ao armazém de Bens e ao desempenho de actividades de manutenção correctiva. Nestas infraestruturas está disponibilizado equipamento de escritório, equipamento informático (nomeadamente o software de gestão hospitalar), equipamento específico para a identificação dos Bens e equipamento específico de electromedicina.

As instalações técnicas incluem os postos de transformação; as centrais de gases medicinais; os sistemas AVAC; as centrais térmicas e as estações de tratamento de água.

2.3 Serviços Prestados

O objectivo primordial do SEE é o alcance de uma gestão dos recursos disponíveis que vise por uma maior eficiência e equidade e que contribua para a promoção de uma cultura de qualidade organizacional no CHVNG/E, enquanto um todo. Para este efeito o SEE está organizado em três departamentos, com as correspondentes responsabilidades:

Departamento de Apoio ao Imobilizado (DAI)

- registo e controlo dos Bens do CHVNG/E, através da gestão do inventário, com acompanhamento do ciclo de vida dos Bens, desde a sua aquisição até ao seu abate;
- gestão da interacção com o Serviço de Obras e Instalações no transporte de Bens, com realização do acompanhamento de mudanças;
- gestão das reparações dos Bens não-médicos e, ainda, da manutenção dos equipamentos;
- realização de abates em colaboração com a Comissão de Abate constituída na Instituição;
- gestão do parque de equipamentos;

Departamento de Controlo Ambiental e Energético (DCAE)

- monitorização e controlo das condições ambientais e energéticas do CHVNG/E;
- gestão dos sistemas de AVAC e de outros equipamentos de produção de frio, das centrais térmicas, das centrais de gases medicinais, das estações de tratamento de água e dos postos de transformação;
- implementação de uma plano de acção energética;

Departamento de Electromedicina e Manutenção (DEM)

- manutenção preventiva e curativa dos equipamentos de electromedicina que não estão sobre responsabilidade de outra entidade, com realização da gestão do apoio técnico;
- colaboração técnica na gestão dos contratos de assistência técnica, através da identificação da sua necessidade e da monitorização qualitativa e quantitativa da prestação de serviços;
- colaboração com o DAI na gestão do parque de equipamentos e no acompanhamento de mudanças, quando necessário assistência técnica no transporte dos equipamentos de electromedicina.

Os três departamentos reportam ao RS e são apoiados pela secção do HPQ, que reúne as funções de atendimento ao cliente, de apoio administrativo e de planeamento operacional.

O *Helpdesk* assume uma relevância particular na dinâmica do Serviço por representar a interface deste com os restantes serviços do CHVNG/E, sendo o ponto de entrada dos pedidos de intervenção, na forma de requisições internas criadas no software adoptado ou via contacto telefónico. A partir dos pedidos recebidos o *Helpdesk* efectua a sua triagem e priorização, procedendo à geração de ordens de trabalho (OTs) que são encaminhadas para os diferentes departamentos técnicos, responsáveis pela sua resolução, ou para empresas externas.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

2.4 Organigrama

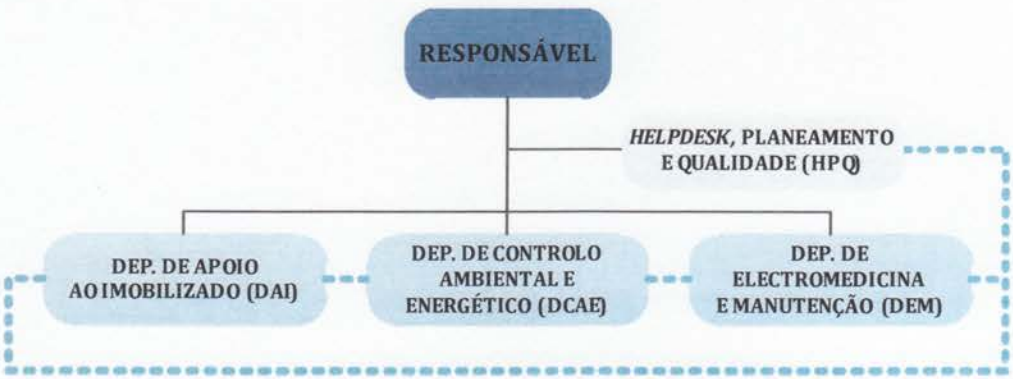


Figura 1 – Estrutura Organizacional do Serviço de Equipamentos e Electromedicina.

2.5 Posição na Cadeia de Valor

O SEE tem como clientes internos os restantes serviços do CHVNG/E: órgãos sociais, órgãos de apoio técnico, serviços de prestação de cuidados de saúde, serviços de apoio à prestação de cuidados de saúde, serviços de apoio à gestão e unidades de gestão integrada. As últimas constituem o cliente primário do SEE, sendo dada a prioridade de resposta às necessidades relacionadas com a prestação de cuidados de saúde.

Nos clientes externos incluem-se as diferentes empresas fornecedoras de equipamentos e/ou de serviços, com as quais o SEE contacta de forma a disponibilizar uma resposta técnica eficaz, resultado de boa uma articulação entre os meios internos e externos.

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

3 SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

3.1 Campo de Aplicação

O SGQ do SEE aplica-se a toda a actividade do Serviço, que se traduz em três vertentes principais da gestão de equipamentos e instalações:

- *Gestão da manutenção de equipamentos e electromedicina;*
- *Gestão do imobilizado;*
- *Controlo energético e ambiental.*

A organização do SGQ baseia-se na norma NP EN ISO 9001:2008, estabelecendo-se uma metodologia de abordagem por processos (descrita na Secção 4). No âmbito do SGQ é excluído o requisito 7.3 (Concepção e Desenvolvimento), uma vez que não se consideram as actividades de concepção e desenvolvimento na realização da actividade da Organização, dada a sua natureza.

3.2 Referências Normativas

NP EN ISO 9000:2005, *Sistemas de gestão da qualidade – Fundamentos e vocabulário*

NP EN ISO 9001:2008, *Sistemas de gestão da qualidade – Requisitos*

NP EN ISO 9004:2009, *Sistemas de gestão da qualidade – Linhas de Orientação para melhoria de desempenho*

NP 4433:2005, *Linhas de Orientação para a documentação de sistemas de gestão da qualidade*

3.3 Política da Qualidade

É preocupação do SEE estabelecer uma Política da Qualidade dinâmica, actual e enquadrada com a actividade e os propósitos do Serviço, que proporcione a definição de Objectivos da Qualidade mensuráveis para todos os níveis e funções relevantes da Organização. Esta Política é definida de acordo com uma política de gestão que visa a satisfação total e crescente das necessidades e expectativas dos clientes do SEE, conjugada com a realização dos seus colaboradores e a concretização das metas a que o Serviço se propõe.

A Política da Qualidade é divulgada e revista regularmente, de modo a ser transmitida uma mensagem clara e orientações a todos os Colaboradores quanto ao que é esperado da sua actividade, conforme documentado no Manual de Procedimentos em PDG.02 REVISÃO DO SGQ. A Política encontra-se actualizada e documentada em detalhe na Declaração Documentada da Política da Qualidade (DD01). Esta resume-se essencialmente à preocupação do Serviço com a melhoria contínua da sua eficácia, proporcionando de forma consistente um serviço conforme, direccionado para a satisfação global do cliente e para o sucesso do Serviço no desempenho da sua actividade.

3.4 Objectivos da Qualidade

Os objectivos estabelecidos pelo Serviço no âmbito da Qualidade pretendem estabelecer metas para a sua actividade, que a Organização seja capaz de assumir ambiciosamente, empenhando-se em atingi-las. Os Objectivos da Qualidade devem ser definidos em consonância com a Política da Qualidade e com a Visão do Serviço para a sua actividade.

Os Objectivos devem constituir um guia de referência e um desafio para os diferentes colaboradores, devendo haver um esforço conjunto para o seu cumprimento nos prazos estabelecidos. Estes encontram-se actualizados e documentados em detalhe na Declaração Documentada dos Objectivos da Qualidade (DD02).

CHVNG/E, E.P.E.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 8198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

3.5 Responsabilidades

O RS e todos os colaboradores da Organização assumem o planeamento, a execução e a melhoria do conjunto das actividades que constituem e suportam o SGQ como sendo da sua responsabilidade.

As responsabilidades nos diferentes processos estão identificadas na Matriz de Responsabilidades apresentada na secção 4.5.

3.6 Representante da Gestão

O RS designou formalmente (DD03) Ilda Maria L. R. C. S. Brandão como seu Representante para a Gestão da Qualidade. Tem responsabilidade e autoridade plena sobre todos os responsáveis de processos, de forma a tornar o SGQ eficiente e eficaz.

É da responsabilidade do Representante da Gestão:

- assegurar a implementação e manutenção dos processos necessários ao funcionamento e verificação da eficácia do SGQ, de acordo com a NP EN ISO 9001:2008;
- reportar periodicamente os níveis de desempenho ao RS e as eventuais necessidades de melhoria;
- verificar a conformidade da documentação do SGQ;
- promover a consciencialização da organização para a satisfação do cliente;
- estabelecer o contacto com as partes externas em assuntos relativos à Qualidade.

CHVNG/E, E.P.E.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

3.7 Gestão da Melhoria

A melhoria contínua deve traduzir a competência do SGQ para aumentar a sua capacidade de satisfazer requisitos, sendo alcançada pela definição de prioridades e pela análise de dados resultantes dos indicadores estabelecidos para os Objectivos da Qualidade, para os processos e para a satisfação dos clientes. A Organização deve assim ser capaz de demonstrar a eficácia das medições e a análise de dados, como entradas para a revisão do SGQ e para a definição de acções de melhoria.

O SEE procurou articular as actividades de gestão com as actividades operacionais, de forma a todas as decisões, incluindo as de melhoria, se basearem em dados objectivos resultantes dos diferentes processos. Na gestão da melhoria é considerada a informação proveniente dos indicadores em geral dos processos, da avaliação de fornecedores, da monitorização da satisfação dos clientes, das acções correctivas e preventivas implementadas, do controlo do serviço não conforme e das auditorias internas, conforme definido em PG.03 GESTÃO DA MELHORIA (Manual de Processos).

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASCIEN CROISE
Responsável do Serviço
Mec. 8198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

4 ABORDAGEM POR PROCESSOS

No sentido de aumentar a eficiência da organização na determinação e na gestão das suas actividades optou-se por uma Abordagem por Processos no desenvolvimento, implementação e melhoria do SGQ, através da aplicação dos conceitos de processos e do princípio do Ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act), numa filosofia de melhoria contínua. Para isso, o SEE procedeu ao levantamento e caracterização das várias vertentes da sua actividade, de forma a estabelecer um mapa de processos. Estes foram classificados em processos de gestão (PG), operacionais (PO) e de suporte (PS).

Esta identificação permitiu a determinação das diferentes interligações entre os processos individuais e da metodologia de gestão mais eficaz das mesmas, considerando, quer a actividade interna do serviço, quer as relações deste com os outros serviços do CHVNG/E. Para a monitorização dos processos definiram-se indicadores, quando considerado pertinente dada a natureza da actividade, com o intuito de facilitar a análise e quantificação de resultados, bem como a definição de uma estratégia de melhoria.

4.1 Estrutura Documental

Os processos do SEE foram formalizados, no âmbito do SGQ, segundo o sistema documental apresentado na Figura 2; com o objectivo de agilizar a execução das actividades e a garantir uma uniformidade organizacional na documentação do SGQ.



Figura 2 – Sistema Documental do Sistema de Gestão da Qualidade.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

O sistema documental que suporta o SGQ inclui, em conformidade com os requisitos a cumprir (NP EN ISO 9001:2008; 4.2):

- Declarações documentadas da Política e Objectivos da Qualidade;
- Manual de Gestão da Qualidade;
- Fichas de caracterização dos processos (Manual de Processos);
- Descrição de competências (Manual de Funções);
- Procedimentos documentados requeridos pela Norma de referência (Manual de Procedimentos);
- Procedimentos documentados necessários ao suporte dos diferentes processos (Manual de Procedimentos);
- Instruções de Trabalho, Folhas de Verificação, Impressos e outros documentos necessários aos processos;
- Respectivos Registos.

O controlo dos documentos e dos registos realiza-se segundo o definido nos procedimentos documentados PDS.01 ELABORAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO, PDS.02 GESTÃO DA DOCUMENTAÇÃO E PDS.03 CONTROLO DOS REGISTOS (descritos no Manual de Procedimentos).

O presente Manual de Gestão da Qualidade, o documento de suporte mais importante do SGQ, encontra-se elaborado de forma a satisfazer o requerido pela Norma de Referência, incluindo:

- o campo de aplicação do SGQ e as exclusões devidamente justificadas;
- a referência aos procedimentos documentados estabelecidos;
- a descrição da interacção entre os processos.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6108
SERVIÇO DE EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

4.2 Interacção dos Processos



Figura 3 – Modelo do SGQ baseado na interacção dos processos.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6158
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

4.3 Processos

No âmbito do SGQ foram definidos os processos identificados de seguida.

4.3.1 Processos de Gestão

Os que estabelecem a estrutura, a estratégia e as linhas de orientação da gestão e que fazem convergir toda Organização para o cliente.

Gestão do SGQ	PG.01

Processos a montante: PG.03

Entradas: Orientações estratégicas do CA; dados de revisões ao SGQ anteriores; avaliação de acções de formação; resultados das auditorias internas; resultados da avaliação à satisfação dos clientes; classificação dos fornecedores; dados das acções preventivas; dados das acções correctivas e dados do controlo ao serviço não conforme.

Objectivo: Garantir o planeamento e a revisão do SGQ e estabelecer as linhas de orientação estratégicas para o Serviço, de forma a ir de encontro aos requisitos do cliente.

Saídas: Plano de actividades; relatório da revisão pela gestão; Objectivos e Política da Qualidade; necessidades de recursos, formação e infraestruturas.

Processos a jusante: PG.02/PG.03/PS.02

Gestor: Responsável de Serviço

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIANO CRUZES
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Gestão de Recursos Humanos — PG.02

Processos a montante: PG.01

Entradas: Objectivos da Qualidade; novos colaboradores; necessidades de formação.

Objectivo: Definir as actividades necessárias à gestão dos recursos humanos, de forma a garantir a disponibilidade em especialidade e quantidade necessárias às necessidades do Serviço, assegurando a sua actualização técnica.

Saídas: Plano de Formação; avaliação de acções de formação; Plano de Férias

Processos a jusante: PG.01

Gestor: Responsável de Serviço

Gestão da Melhoria — PG.03

Processos a montante: PG.01/PO.01/PO.02/PO.03/PO.04/PO.05/PO.06/PO.07/PS.01/ PS.02/PS.03

Entradas: Política da Qualidade; objectivos da Qualidade; indicadores de actividade; relatório de revisão do SGQ; requisitos dos clientes; classificação dos fornecedores; relatório de controlo ao inventário; recomendações de melhoria.

Objectivo: Estabelecer a estratégia de melhoria contínua do Serviço, de forma a esta ser baseada em dados objectivos resultantes da monitorização da actividade.

Saídas: Plano de Controlo Interno e Melhoria; resultados da avaliação da satisfação dos clientes; resultados da auditoria interna; acções preventivas e acções correctivas; dados do controlo ao serviço não conforme.

Processos a jusante: PG.01

Gestor: Responsável de Serviço

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEL
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6181
SERVIÇO EQUIPAMENTOS

4.3.2 Processos Operacionais

Os que se relacionam com os serviços prestados e cujos resultados são directamente percebidos pelos clientes.

Gestão das Ordens de Trabalho	PO.01

Processos a montante: PG.01/PO.04

Entradas: Pedido de intervenção via telefone ou via software; pedido de geração OT; OT planeada.

Objectivo: Manter o estado das OTs permanentemente actualizado, através de um atendimento e triagem eficiente e eficaz às requisições dos clientes, de forma a gerar um processo célere de resposta às mesmas.

Saídas: OT encerrada no software; OT arquivada; pedido de abate; pedido de aquisição; nota de encomenda; factura conferida.

Processos a jusante: PO.03/PG.03

Gestor: *Helpdesk,* Planeamento e Qualidade

Gestão do Inventário	PO.02

Processos a montante: PO.03/PG.01

Entradas: Legislação aplicável, normas e regulamentos; registo de entrada de Bem; ficha de transferência de Bens; auto de abate.

Objectivo: Garantir a gestão eficiente do inventário, por forma a este expressar a realidade patrimonial do CHVNG/E, permitindo, a qualquer momento, conhecer o estado, valor, afectação e localização dos bens.

Saídas: Inventário actualizado; OT transporte; Relatório de controlo ao inventário.

Processos a jusante: PO.03/PG.03

Gestor: Departamento de Apoio ao Imobilizado

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROISE
Eng.
Responsável do CSM
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS ELECTROMEDICINA

Gestão do Parque de Equipamentos — PO.03

Processos a montante: PG.01

Entradas: Necessidade de aquisição; Plano de Aquisições programadas; OT transporte; necessidade de abate; Pedido de transferência de Bens; Pedido/Devolução de Empréstimo.

Objectivo: Gerir o parque de equipamentos, relativamente às operações de aquisição, transferência, empréstimo, abate e transporte de Bens, garantindo a disponibilização dos recursos necessários à actividade da Instituição.

Saídas: Novo Bem; Plano de Abates; autos de abate; fichas de transferência de Bens; empréstimo/cedência definitiva de Bens; listagem de Bens para empréstimo.

Processos a jusante: PO.01/PO.02/PG.01

Gestor: Departamento de Apoio ao Imobilizado

Gestão da Manutenção — PO.04

Processos a montante: PO.02

Entradas: Necessidade de manutenção, OT avaria, condições ambientais a monitorizar, inspecções periódicas obrigatórias.

Objectivo: Gerir o planeamento da manutenção anual dos equipamentos de electromedicina e no âmbito ambiental e energético e a definição de contratos de assistência técnica.

Saídas: Plano de Manutenção Preventiva, Plano de Manutenção DCAE, histórico de manutenção dos equipamentos, relatório de manutenção preventiva, folhas de verificação.

Processos a jusante: PG.01/PO.05/PO.06

Gestor: Responsável de Serviço

Monitorização das Condições Ambientais — PO.05

Processos a montante: PO.04

Entradas: Plano de Manutenção DCAE

Objectivo: Garantir a monitorização das condições ambientais na Instituição, realizada por empresas externas ou por recursos internos.

Saídas: Relatório de monitorização, OT avaria, Proposta de melhoria de instalações técnicas, Proposta de contra-análise.

Processos a jusante: PO.01/PO.03

Gestor: Departamento de Controlo Ambiental e Energético

Operação das Áreas Técnicas — PO.06

Processos a montante: PO.04

Entradas: Plano de Manutenção DCAE, alerta anomalia

Objectivo: Assegurar a monitorização e a manutenção das áreas técnicas da responsabilidade do Serviço.

Saídas: Relatório de manutenção áreas técnicas, OT avaria

Processos a jusante: PO.01

Gestor: Departamento de Controlo Ambiental e Energético

Controlo Energético	PO.07

Processos a montante: PG.01

Entradas: Legislação aplicável, normas e regulamentos; consumos da Instituição.

Objectivo: Implementar medidas de eficiência energética e de gestão de consumos na Instituição, através de um plano de acção energética.

Saídas: Plano de acção energética

Processos a jusante: Não aplicável.

Gestor: Departamento de Controlo Ambiental e Energético

4.3.3 Processos de Suporte

Os que apoiam todos os outros processos e que são essenciais ao funcionamento da organização.

Gestão da Documentação	PS.01

Processos a montante: Não aplicável.

Entradas: Requisitos da documentação; informação do SGQ; documentação

Objectivo: Definir regras associadas à elaboração da documentação, à gestão e actualização do seu arquivo, bem como garantir a sua divulgação e disponibilização para consulta.

Saídas: Regras de codificação e estrutura; arquivo documental em suporte de papel e em suporte informático; cópias de segurança

Processos a jusante: Não aplicável.

Gestor: *Helpdesk,* Planeamento e Qualidade

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROTON
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO DE EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Recursos de Infraestruturas e Tecnológicos — PS.02

Processos a montante: PG.01

Entradas: Infraestruturas existentes; necessidade de infraestruturas; condições de ambiente de trabalho.

Objectivo: Assegurar a gestão das infraestruturas (instalações, equipamentos e/ou serviços) e do ambiente de trabalho, de forma a assegurar a operação eficaz na actividade do Serviço.

Saídas: Registo das infraestruturas; manutenção das infraestruturas; condições de trabalho revistas.

Processos a jusante: PG.03

Gestor: *Helpdesk,* Planeamento e Qualidade

Avaliação e Selecção de Fornecedores — PS.03

Processos a montante: PO.01

Entradas: Fornecedores relevantes; critérios de selecção/avaliação; histórico do fornecedor.

Objectivo: Estabelecer a metodologia para a avaliação e selecção de fornecedores relevantes para a actividade do Serviço.

Saídas: Fornecedores seleccionados; classificação dos fornecedores.

Processos a jusante: PG.01/PG.03

Gestor: *Helpdesk,* Planeamento e Qualidade

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

4.4 Procedimentos da Gestão da Qualidade

Os procedimentos que suportam a gestão do SGQ são os seguintes:

PDS.01 ELABORAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO

PDS.02 GESTÃO DA DOCUMENTAÇÃO

PDS.03 CONTROLO DOS REGISTOS DA QUALIDADE

PDG.11 AUDITORIA INTERNA

PDG.12 CONTROLO DO PRODUTO NÃO CONFORME

PDG.13 ACÇÕES CORRECTIVAS

PDG.14 ACÇÕES PREVENTIVAS

CHVNG/E, E.P.E.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS

4.5 Matriz de Responsabilidades

Processos		RESPONSÁVEL DE SERVIÇO	*HELPDESK*, PLANEAMENTO E QUALIDADE	DEP. DE APOIO AO IMOBILIZADO	DEP. DE CONTROLO AMBIENTAL E ENERGÉTICO	DEP. DE ELECTROMEDICINA E MANUTENÇÃO
Código	**Designação**					
PG.01	GESTÃO DO SGQ	R	P	P	P	P
PG.02	GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	R	P	P	P	P
PG.03	GESTÃO DA MELHORIA	R	R	R	R	R
PO.01	GESTÃO DAS ORDENS DE TRABALHO	P	R	P	P	P
PO.02	GESTÃO DO INVENTÁRIO		P	R		
PO.03	GESTÃO DO PARQUE DE EQUIPAMENTOS		P	R		P
PO.04	GESTÃO DA MANUTENÇÃO	P	P			R
PO.05	MONITORIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS		P		R	
PO.06	OPERAÇÃO DAS ÁREAS TÉCNICAS		P		R	
PO.07	CONTROLO ENERGÉTICO				R	
PS.01	GESTÃO DA DOCUMENTAÇÃO	R	R	P	P	P
PS.02	RECURSOS DE INFRA-ESTRUTURAS E TECNOLÓGICOS	R	P	P	P	P
PS.03	AVALIAÇÃO E SELECÇÃO DE FORNECEDORES	R		P	P	P

Legenda: R – Responsável
P – Participante

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E
Eng. CASSU
Responsável
Nº Mec.
SERVIÇO EQUIPAMENTOS

5 APLICAÇÃO DOS REQUISITOS DA NORMA

5.1 Requisitos da NP EN ISO 9001:2008

4. Sistema de gestão da qualidade
   - 4.1. Requisitos gerais
   - 4.2. Requisitos da documentação
5. Responsabilidade da gestão
   - 5.1. Comprometimento da gestão
   - 5.2. Focalização no cliente
   - 5.3. Política da qualidade
   - 5.4. Planeamento
   - 5.5. Responsabilidade, autoridade e comunicação
   - 5.6. Revisão pela gestão
6. Gestão de recursos
   - 6.1. Provisão de recursos
   - 6.2. Recursos humanos
   - 6.3. Infraestrutura
   - 6.4. Ambiente de trabalho
7. Realização do produto
   - 7.1. Planeamento da realização do produto
   - 7.2. Processos relacionados com o cliente
   - 7.3. Concepção e desenvolvimento
   - 7.4. Compras
   - 7.5. Produção e fornecimento do produto
   - 7.6. Controlo do equipamento de monitorização e de medição
8. Medição, análise e melhoria
   - 8.1. Generalidades
   - 8.2. Monitorização e medição
   - 8.3. Controlo do produto não conforme
   - 8.4. Análise de dados
   - 8.5. Melhoria

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN [illegible]
Responsável do S[illegible]
Nº Mec. 8190
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E F[illegible]

5.2 Matriz de Relação Processos vs Requisitos

Designação dos Processos	Código	Requisitos da NP EN ISO 9001:2008																						
		4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5
GESTÃO DA DOCUMENTAÇÃO	PS.01		■													▒								
GESTÃO DO SGQ	PG.01	■	■	■	■	■	■	■	■	■				■		▒								
GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	PG.02										■					▒								
RECURSOS DE INFRA-ESTRUTURAS E TECNOLÓGICOS	PS.02											■	■			▒								
GESTÃO DAS ORDENS DE TRABALHO	PO.01														■	▒								
GESTÃO DO INVENTÁRIO	PO.02															▒	■	■						
GESTÃO DO PARQUE DE EQUIPAMENTOS	PO.03															▒	■	■						
GESTÃO DA MANUTENÇÃO	PO.04															▒			■					
MONITORIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS	PO.05															▒			■					
OPERAÇÃO DAS ÁREAS TÉCNICAS	PO.06															▒		■						
CONTROLO ENERGÉTICO	PO.07															▒		■						
AVALIAÇÃO E SELECÇÃO DE FORNECEDORES	PS.03															▒	■	■					■	
GESTÃO DA MELHORIA	PG.03															▒				■	■		■	■

Legenda: ■ Cumpre ▒ Excluído

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

ANEXOS

Lista da Documentação

- ver Documento em anexo – MT01 IMPRESSOS
- ver Documento em anexo – MT02 DOCUMENTOS
- ver Documento em anexo – MT03 DOCUMENTOS DE ORIGEM EXTERNA

CHVNG/E, EPE
Responsável do S.E.
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E

Anexo 13 Manual de Processos

CENTRO HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

Serviço de Equipamentos e Electromedicina

Manual de Processos

Vila Nova de Gaia, 8 de Julho de 2011

Centro Hospitalar de
Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
Rua Conceição Fernandes s/n
4434-502 Vila Nova de Gaia

www.chvng.min-saude.pt
Tel. +351 22 786 51 00
Fax +351 22 783 02 09

NIPC 508 142 156
Capital Estatutário 47.082.000,00
Registo Comercial nº508 142 156
geral@chvng.min-saude.pt

Ministério da Saúde

CONTROLO DO DOCUMENTO

Responsável: Eng.º Cassien Croisé

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

Data	Autor	Descrição
18-02-2011	Inês Pinho	Criação do Documento
08-07-2011	Inês Pinho	1ª Edição

PROMULGAÇÃO DO MANUAL DE PROCESSOS

O presente Manual descreve os processos definidos no âmbito do Sistema de Gestão de Qualidade do Serviço de Equipamentos e Electromedicina.

Este manual pretende contribuir para a clarificação da abordagem por processos considerada, favorecendo o desenvolvimento, a implementação e a melhoria do Sistema de Gestão de Qualidade.

O Responsável de Serviço assume a responsabilidade pela divulgação e conformidade do presente Manual.

Vila Nova de Gaia, 8 de Julho de 2011

O Responsável de Serviço,

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

ÍNDICE

CONTROLO DO DOCUMENTO II

PROMULGAÇÃO DO MANUAL DE PROCESSOS III

ÍNDICE IV

1. INTRODUÇÃO 5

1.1 Âmbito 6

1.2 Objectivos 6

1.3 Responsabilidades 6

1.4 Definições e Abreviaturas 6

1.5 Alterações 7

1.6 Acesso 7

2. PROCESSOS DE GESTÃO 8

PG.01 GESTÃO DO SGQ 9

PG.02 GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS 11

PG.03 GESTÃO DA MELHORIA 13

3. PROCESSOS OPERACIONAIS 15

PO.01 GESTÃO DAS ORDENS DE TRABALHO 16

PO.02 GESTÃO DO INVENTÁRIO 18

PO.03 GESTÃO DO PARQUE DE EQUIPAMENTOS 19

PO.04 GESTÃO DA MANUTENÇÃO 21

PO.05 MONITORIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS 22

PO.06 OPERAÇÃO DAS ÁREAS TÉCNICAS 23

PO.07 CONTROLO ENERGÉTICO 24

4. PROCESSOS DE SUPORTE 25

PS.01 GESTÃO DA DOCUMENTAÇÃO 26

PS.02 RECURSOS DE INFRAESTRUTURAS E TECNOLÓGICOS 27

PS.03 AVALIAÇÃO E SELECÇÃO DE FORNECEDORES 28

CHVNG/E, E.P.E.
ENG.ª CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

1. Introdução

CHVNG/E, E.P.E.
Dr. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

1.1 Âmbito

O presente Manual é aplicável a toda a actividade do Serviço de Equipamentos e Electromedicina.

1.2 Objectivos

O objectivo do presente Manual é a formalização da actividade do Serviço de Equipamentos e Electromedicina, através da aplicação de uma metodologia de abordagem por processos. Os processos estão descritos segundo os três grupos definidos no Manual de Gestão da Qualidade (MGQ.07)

1.3 Responsabilidades

A manutenção e actualização do presente Manual são da responsabilidade do *Helpdesk*, Planeamento e Qualidade, sendo verificado pelo Representante para a Gestão da Qualidade e aprovado pelo Responsável de Serviço.

1.4 Definições e Abreviaturas

A	Aprova
C	Consultado
CA	Conselho de Administração ou o órgão em que delegar
DAI	Departamento de Apoio ao Imobilizado
DCAE	Departamento de Controlo Ambiental e Energético
DEM	Departamento de Electromedicina e Manutenção
E	Executa
GAI	Gabinete de Auditoria Interna
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
MGQ	Manual de Gestão da Qualidade
OT	Ordem de Trabalho
RG	Representante da Gestão
RS	Responsável de Serviço

CHVNG/E, E.P.E.
Eng.º CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

S	Supervisiona
SAL	Serviço de Aprovisionamento e Logística
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SFC	Serviços Financeiros e de Contabilidade
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SOI	Serviço de Obras e Instalações
SR	Serviço Requisitante
UGI	Unidade de Gestão Integrada

1.5 Alterações

Todos os documentos do Manual de Processos deverão especificar no campo "ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO" (excepto para MP.02.01 Índice) o teor das alterações introduzidas para a versão/edição/revisão em vigor e da que imediatamente a antecedeu.

1.6 Acesso

O original do Manual de Processos, para todos os documentos que o constituem, encontra-se disponível no directório de acesso restrito ao Representante da Gestão e ao RS: \\172.20.91.2\see$\SGQ\Originais.

A cópia de trabalho do mesmo é disponibilizada a todos os colaboradores do SEE no directório partilhado: \\172.20.91.2\see$\SGQ.

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

2. Processos de Gestão

CHVNG/E, E.P.E.
Dr. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Ficha de Caracterização

PG.01 GESTÃO DO SGQ

Gestor do Processo: RS							
Objectivo: Garantir o planeamento e a revisão do SGQ e estabelecer as linhas de orientação estratégicas para o Serviço, de forma a ir de encontro aos requisitos do cliente.							
Entradas	Orientações estratégicas do CA	**Origem**	CA	**Saídas**	Plano de actividades	**Clientes**	CA
	Dados de revisões ao SGQ anteriores		RS		Relatório da revisão pela gestão		CA/RG
	Avaliação de acções de formação		RG		Objectivos da Qualidade		Todos os colaboradores
	Resultados das auditorias internas				Política da Qualidade		
	Resultados da avaliação à satisfação dos clientes				Necessidades de recursos		RS
	Classificação dos fornecedores				Necessidades de formação		
	Dados das acções preventivas				Necessidades de infraestruturas		
	Dados das acções correctivas						
	Dados do controlo ao serviço não conforme						

Áreas intervenientes	**Sequência de Actividades**			**Indicadores Globais**
	Planeamento de Actividade	**Planeamento do SGQ**	**Revisão do SGQ**	
RS	E/A	E	E	Atraso na realização do planeamento; Número de não conformidades no processo.
RG	C	E	E	
HPQ	E	---	E	
Gestor de Processo	---	---	C	

Gestor do Processo: RS				
Indicadores Actividade	Atraso no cumprimento do prazo para a elaboração do Plano de Actividades e do Plano de Aquisições Programadas	Número de não conformidades com origem num planeamento inadequado	Número de não conformidades com origem numa revisão inadequada	
Procedimentos	**PDG.03/PDG.04/PDG.05**	**PDG.01**	**PDG.02**	
Registos	---	---	---	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

Ficha de Caracterização

PG.02 GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Gestor do Processo: RS							
Objectivo: Definir as actividades necessárias à gestão dos recursos humanos, de forma a garantir a disponibilidade em especialidade e quantidade necessárias às necessidades do Serviço, assegurando a sua actualização técnica.							
Entradas	Objectivos da Qualidade	**Origem**	RS	**Saídas**	Plano de formação	**Clientes**	Todos os colaboradores
	Novos colaboradores		RS/CA		Avaliação de acções de formação		RG
	Necessidades de formação				Plano de Férias		Todos os colaboradores

Áreas intervenientes	**Sequência de Actividades**			**Indicadores Globais**
	Planeamento	**Realização**	**Avaliação**	
RS	A/E	---	S	Atraso na realização do planeamento; Número de não conformidades no processo; Avaliação das acções de formação.
RG	---	---	E	
Resp. DAI	C	---	---	
Resp. DCAE	C	---	---	
Resp. DEM	C	---	---	
HPQ	S/E	E	---	
Formador	---	E	---	
Todos os colaboradores	E/C	E	E	

Gestor do Processo: RS				
Indicadores Actividade	Atraso no cumprimento do prazo para a elaboração do Plano de Formação e do Plano de Férias	Avaliação da acção de formação		
Procedimentos	PDG.06/PDG.08	PDG.07	PDG.07	
Registos	---	Conforme a MT04 Registos		

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

[illegible] E.P.E.
[illegible] CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198

Ficha de Caracterização

PG.03 GESTÃO DA MELHORIA

Gestor do Processo: RG							
Objectivo: Estabelecer a estratégia de melhoria contínua do Serviço, de forma a esta ser baseada em dados objectivos resultantes da monitorização da actividade.							
Entradas	Política da Qualidade	**Origem**	RS	**Saídas**	Plano de Controlo Interno e Melhoria	**Clientes**	RS
	Objectivos da Qualidade				Resultados da avaliação da satisfação dos clientes		
	Indicadores de actividade				Resultados da auditoria interna		
	Relatório de revisão do SGQ				Acções preventivas		
	Requisitos dos clientes		RG		Acções correctivas		
	Classificação dos fornecedores				Dados do controlo ao serviço não conforme.		
	Relatório de controlo ao inventário		DAI				
	Recomendações de melhoria		Todos os colaboradores				

Áreas intervenientes	**Sequência de Actividades**			**Indicadores Globais**
	Planeamento	**Avaliação/Controlo**	**Realização**	
RS	E	E/S/A	E	Atraso na realização do planeamento e no cumprimento dos prazos; Resultados da auditoria interna e da avaliação da satisfação dos clientes; Número de reclamações e de não conformidades.
RG	E	E	E/S	
HPQ	E	E	E	
Equipa Auditoria	---	E	---	
Gestor de processo	---	E/C/A	E	
Todos os colaboradores	---	E	E	

Gestor do Processo: RG				
Indicadores Actividade	Atraso no cumprimento do prazo para elaboração do Plano de Controlo Interno e Melhoria	Não conformidades na selecção de clientes realizada; atraso no cumprimento da realização da auditoria interna calendarizada	Atraso no cumprimento do prazo máximo para análise das reclamações, do prazo definido para a implementação das acções correctivas e das acções preventivas	
Procedimentos	PDG.09	PDG.10/PDG.11/PDG.12	PDG.13/PDG.14/PDG.15	
Registos	---	Conforme a MT04 Registos		

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

3. Processos Operacionais

C.HVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Ficha de Caracterização

PO.01 GESTÃO DAS ORDENS DE TRABALHO

Gestor do Processo: HPQ

Objectivo: Manter o estado das OTs permanentemente actualizado, através de um atendimento e triagem eficiente e eficaz às requisições dos clientes, de forma a gerar um processo célere de resposta às mesmas.

Entradas	Pedido de intervenção via telefone ou via software;	**Origem**	SR	**Saídas**	OT encerrada no software	**Clientes**	RS
	Pedido de geração OT		DAI/DCAE/DEM		OT arquivada		DAI
	OT planeada		DCAE/DEM		Pedido de abate		SFC
					Pedido de aquisição		
					Factura conferida		

Áreas intervenientes	**Sequência de Actividades**					**Indicadores Globais**
	Atendimento	**Gestão das OTs**	**Orçamentação**	**Conferência de Facturação**	**Encerramento e Arquivo**	
RS	---	---	S/A	C	---	Nível de satisfação do Cliente com o atendimento; Tempos do processo; Percentagem de OTs atendidas;
HPQ	E	E	E	E	E	
DAI	---	E/S	C	C	---	
DCAE	---	---	C	C	---	
DEM	---	E/S	C	C	---	

Gestor do Processo: HPQ						
Indicadores Actividade	Nível de satisfação do Cliente com o atendimento; tempo de geração das OTs a partir da requisição; percentagem de OTs atendidas.	Tempo entra a geração das OTs e o contacto com as empresas; tempo entre o contacto com as empresas; resolução das OTs; percentagem de OTs resolvidas das geradas.	Tempo de resposta dos fornecedores a pedidos de orçamento; tempo entre a recepção da proposta do fornecedor no SEE e o envio de parecer à UGI; tempo entre a recepção do parecer pelo UGI e a comunicação da sua decisão ao SEE; tempo entre a recepção do parecer pelo CA e a comunicação da sua decisão ao SEE; tempo de emissão da nota de encomenda pelo SAL; tempo entre recepção da proposta do fornecedor no SEE e envio do protocolo ao SAL.	Atraso médio em relação ao prazo de conferência.	Tempo entre a resolução e o encerramento das OTs; percentagem de OTs encerradas das atendidas.	Percentagem de OTs resolvidas das geradas; Percentagem de OTs encerradas das atendidas.
Procedimentos	PDO.01	PDO.02/PDO.03	PDO.05/PDO.06	PDO.07	PDO.04	
Registos	---	---	Conforme a MT04 Registos		---	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

Ficha de Caracterização

PO.02 GESTÃO DO INVENTÁRIO

Gestor do Processo: DAI							
Objectivo: Garantir a gestão eficiente do inventário, por forma a este expressar a realidade patrimonial do CHVNG/E, permitindo, a qualquer momento, conhecer o estado, valor, afectação e localização dos bens.							
Entradas	Legislação aplicável, normas e regulamentos	**Origem**	Externa	**Saídas**	Inventário actualizado	**Clientes**	RG
	Registo de entrada de Bem		DAI		OT transporte		SOI
	Fichas de Transferência de BenS				Relatório do controlo interno		RG/GAI
	Auto de Abate						

Áreas intervenientes	**Sequência de Actividades**			**Indicadores Globais**
	Recepção de Bens	**Gestão do inventário**	**Controlo interno**	
RS	---	A/C	S	Número de reclamações e não conformidades; Cumprimento da periocidade de realização de conferência física; Quantidade de Bens analisados.
DAI	E	E	E	
HPQ	E	E	---	
Indicadores Actividade	Número de reclamações por não conformidade dos SR; número de reclamações aos fornecedores	% de Bens não conformes em relação ao inventário; número de não conformidades identificadas em auditorias	Cumprimento da periocidade de realização de conferência física; quantidade de Bens analisados	
Procedimentos	PDO.11	PDO.12	PDO.13	
Registos	---	---	---	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

Ficha de Caracterização

PO.03 GESTÃO DO PARQUE DE EQUIPAMENTOS

Gestor do Processo: DAI

Objectivo: Gerir o parque de equipamentos, relativamente às operações de aquisição, transferência, empréstimo, abate e transporte de Bens, garantindo a disponibilização dos recursos necessários à actividade da Instituição.

Entradas	Necessidade de aquisição	**Origem**	SR	**Saídas**	Novo bem	**Clientes**	DAI
	Plano de Aquisições programadas		RS		Plano de Abates		RS
	OT transporte		HPQ		Autos de abate		DAI
	Necessidade de abate		SR, RS, DAI, DCAE, DEM		Fichas de transferência de Bens		
	Pedido de transferência de Bens		Externa		Empréstimo/cedência definitiva de Bens		
	Pedido/Devolução de Empréstimo				Listagem de Bens para empréstimo		

Áreas intervenientes	**Sequência de Actividades**					**Indicadores Globais**
	Aquisição	**Transporte**	**Abate**	**Transferência**	**Empréstimo**	
RS	C/E	---	S/C	A	C	Tempos do processo; Número de não conformidades no processo.
DAI	E	E	E	E	A	
HPQ	E	E	E	E	E	

Gestor do Processo: DAI						
Indicadores Actividade	Tempo entre recepção do pedido e envio para autorização do CA.	Tempo médio da realização do transporte.	Tempo médio de abate dos Bens; atraso em relação ao arranque programado no Plano de Abates; tempo médio de retoma por reparação.	Tempo médio de realização da transferência	Tempo médio de respostas aos pedidos de empréstimo; tempo médio de respostas aos pedidos de cedência de Bens para empréstimo.	
Procedimentos	PDO.10	PDO.14	PDO.09/PDO.15/ PDO.16	PDO.17	PDO.18/PDO.19	
Registos	---	---	---	Conforme a MT04 Registos	---	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

Ficha de Caracterização

PO.04 GESTÃO DA MANUTENÇÃO

Gestor do Processo: RS							
Objectivo: Gerir o planeamento da manutenção anual dos equipamentos de electromedicina e no âmbito ambiental e energético e a definição de contratos de assistência técnica.							
Entradas	Necessidade de manutenção	**Origem**	DCAE/DEM	**Saídas**	Plano de Manutenção Preventiva	**Clientes**	RS
	OT avaria		SR/DCAE/DEM		Plano de Manutenção DCAE		
	Condições ambientais a monitorizar		DCAE		Histórico de manutenção dos equipamentos		HPQ
	Inspecções periódicas obrigatórias				Relatório de manutenção preventiva		
					Folhas de verificação		SR/HPQ

Áreas intervenientes	**Sequência de Actividades**		**Indicadores Globais**
	Planeamento	**Realização**	
RS	E/A	---	Atraso na realização do planeamento e no cumprimento dos prazos;
DCAE	E	---	
DEM	E	E/S	
HPQ	E	E	
Indicadores Actividade	Atraso do prazo de efectivação do CAT; atraso no cumprimento do prazo para a elaboração do Plano MPV e do PM DCAE.	Atraso em relação ao programado no Plano MPV.	
Procedimentos	PDO.08/PDO.20/PDO.22	PDO.21	
Registos	---	Conforme a MT04 Registos	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

Elaborado: [illegible] Data: 08/07/2011

Verificado: Lídia Brandão Data: 8/7/2011

Aprovado: Data:

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Ficha de Caracterização

PO.05 MONITORIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS

Gestor do Processo: DCAE							
Objectivo: Garantir a monitorização das condições ambientais na Instituição, realizada por empresas externas ou por recursos internos.							
Entradas	Plano de Manutenção DCAE	**Origem**	DCAE	**Saídas**	Relatório de monitorização	**Clientes**	DCAE
					OT avaria		HPQ
					Proposta de melhoria de instalações técnicas		CA
					Proposta de contra-análise		DCAE

Áreas intervenientes	**Sequência de Actividades**		**Indicadores Globais**
	Coordenação	**Realização**	
DCAE	E/S/A	E	Cumprimento das actividades programadas; Número de não conformidades no processo.
HPQ	E	E	
Indicadores Actividade	Cumprimento do número de OTs programadas no PM DCAE; número de não conformidades detectadas nas condições ambientais.	Cumprimento do número de medições definido no PM DCAE; número de não conformidades detectadas nos níveis de cloro/temperatura.	
Procedimentos	PDO.23	PDO.24	
Registos	---	Conforme a MT04 Registos	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

Ficha de Caracterização

PO.06 OPERAÇÃO DAS ÁREAS TÉCNICAS

Gestor do Processo: DCAE							
Objectivo: Assegurar a monitorização e a manutenção das áreas técnicas da responsabilidade do Serviço.							
Entradas	Plano de Manutenção DCAE	**Origem**	DCAE	**Saídas**	Relatório de manutenção áreas técnicas	**Clientes**	DCAE
	Alerta anomalia		SR/DCAE		OT avaria		HPQ

Áreas intervenientes	**Sequência de Actividades**		**Indicadores Globais**
	Coordenação	**Realização**	
DCAE	E/S/A	E	Cumprimento das actividades programadas; Tempos do processo; Número de não conformidades no processo.
HPQ	E	E	
Indicadores Actividade	Cumprimento das condições de permanência definidas no PM DCAE; tempo entre a detecção da anomalia e a sua resolução; número de anomalias detectadas.	Cumprimento da frequência de visita definida no PM DCAE; tempo entre a detecção da anomalia e a sua resolução; número de anomalias detectadas.	
Procedimentos	PDO.25	PDO.26	
Registos	---	Conforme a MT04 Registos	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

Ficha de Caracterização

PO.07 CONTROLO ENERGÉTICO

Gestor do Processo: DCAE							
Objectivo: Implementar medidas de eficiência energética e de gestão de consumos na Instituição, através de um plano de acção energética.							
Entradas	Legislação aplicável, normas e regulamentos	**Origem**	Externa	**Saídas**	Plano de Eficiência Energética	**Clientes**	RS
	Consumos da Instituição		DCAE/Externa				

Áreas intervenientes	**Sequência de Actividades**		**Indicadores Globais**
	Planeamento	**Registo**	
RS	---	C	Atraso na realização do planeamento e no cumprimento dos prazos; Número de não conformidades no processo.
DCAE	E	E/S	
GLE	E	---	
HPQ	E	---	
Indicadores Actividade	Atraso no cumprimento do prazo para a elaboração do Plano de Eficiência Energética	Cumprimento da realização de leituras mensais; número de desvios em relação ao intervalo médio parametrizado	
Procedimentos	PDO.27	PDO.28	
Registos	---	---	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

4. Processos de Suporte

C.H.V.N.G/E, E.P.E.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ENGENHARIA BIOMÉDICA

Ficha de Caracterização

PS.01 GESTÃO DA DOCUMENTAÇÃO

Gestor do Processo: RG							
Objectivo: Definir regras associadas à elaboração da documentação, à gestão e actualização do seu arquivo, bem como garantir a sua divulgação e disponibilização para consulta.							
Entradas	Requisitos da documentação	**Origem**	NP EN ISO 9001:2008	**Saídas**	Regras de codificação e estrutura	**Clientes**	HPQ
	Informação do SGQ		RS/RG		Arquivo documental em suporte de papel e em suporte informático		Todos os colaboradores
	Documentação		Interna/Externa		Cópias de segurança		HPQ/RS

Áreas intervenientes	**Sequência de Actividades**			**Indicadores Globais**
	Elaboração	**Gestão**	**Controlo**	
RS	A	---	---	Nível de actualização dos arquivos; Número de não conformidades no processo.
RG	S	E/S	E	
HPQ	E	E	---	
Indicadores Actividade	Número de não conformidades detectadas na documentação	Nível de actualização dos arquivos	Número de não conformidades no armazenamento e protecção dos registos	
Procedimentos	PDS.01	PDS.02	PDS.03	
Registos	----	Conforme a MT04 Registos	----	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

Ficha de Caracterização

PS.02 RECURSOS DE INFRAESTRUTURAS E TECNOLÓGICOS

Gestor do Processo: HPQ							
Objectivo: Assegurar a gestão das infraestruturas (instalações, equipamentos e/ou serviços) e do ambiente de trabalho, de forma a assegurar a operação eficaz na actividade do Serviço.							
Entradas	Infraestruturas existentes	**Origem**	RG/RS	**Saídas**	Registo das infraestruturas	**Clientes**	RS
	Necessidade de infraestruturas				Manutenção das infraestruturas		Todos os colaboradores
	Condições de ambiente de trabalho				Condições de trabalho revistas		

Áreas intervenientes	**Sequência de Actividades**		**Indicadores Globais**
	Manutenção	**Actualização**	
RS	E/S	E/A	Cumprimento das actividades programadas Grau de adequação das infraestruturas/condições de trabalho existentes
RG	E/S	E	
Indicadores Actividade	Cumprimento da manutenção/revisão anual	Grau de adequação das infraestruturas/condições de trabalho existentes	
Procedimentos	PDS.04	PDS.04	
Registos	Conforme a MT04 Registos		

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

Ficha de Caracterização

PS.03 AVALIAÇÃO E SELECÇÃO DE FORNECEDORES

Gestor do Processo: RS							
Objectivo: Estabelecer a metodologia para a avaliação e selecção de fornecedores relevantes para a actividade do Serviço.							
Entradas	Fornecedores relevantes	**Origem**	DAI/DCAE/DEM	**Saídas**	Fornecedores seleccionados	**Clientes**	DAI/DCAE/DEM
	Critérios de selecção/avaliação		RS		Classificação dos fornecedores		HPQ
	Histórico do fornecedor		HPQ				

Áreas intervenientes	**Sequência de Actividades**		**Indicadores Globais**
	Selecção	**Avaliação**	
RS	E/A	E/A	Nível de actualização da base de dados de fornecedores; Número de não conformidades no processo.
HPQ	E	E	
Gestores de Processo	C	E	
Indicadores Actividade	Nível de actualização da base de dados de fornecedores	Não conformidade no cumprimento da periocidade de realização de avaliação aos fornecedores	
Procedimentos	PDS.05	PDS.06	
Registos	---	Conforme a MT04 Registos	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

Anexo 14 Manual de Funções

CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

Serviço de Equipamentos e Electromedicina

Manual de Funções

Vila Nova de Gaia, 17 de Junho de 2011

Centro Hospitalar de
Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
Rua Conceição Fernandes s/n
4434-502 Vila Nova de Gaia

www.chvng.min-saude.pt
Tel. +351 22 786 51 00
Fax +351 22 783 02 09

NIPC 508 142 156
Capital Estatutátio 47.082.000,00
Registo Comercial nº508 142 156
geral@chvng.min-saude.pt

Ministério da Saúde

CONTROLO DO DOCUMENTO

Responsável: Eng.º Cassien Croisé

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

Data	Autor	Descrição
18-02-2011	Inês Pinho	Criação do Documento
17-06-2011	Inês Pinho	1ª Edição

PROMULGAÇÃO DO MANUAL DE FUNÇÕES

O presente Manual descreve as diferentes funções desempenhas pelos recursos humanos do Serviço de Equipamentos e Electromedicina.

Este manual pretende constituir o suporte material de referência relativo às competências do pessoal que determinam a qualidade do serviço prestado e às suas diferentes responsabilidades; definindo a dependência hierárquica e a política de substituição adoptada pelo Serviço.

O Responsável de Serviço assume a responsabilidade pela divulgação e conformidade do presente Manual e por assegurar que o Requisito de Aprovação definido é cumprido.

Vila Nova de Gaia, 17 de Junho de 2011,

O Responsável de Serviço,

CHVNG/E,
Eng. CASSIEN
Responsável
Nº Mec.
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CRICHE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6103
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICI

ÍNDICE

CONTROLO DO DOCUMENTO II
PROMULGAÇÃO DO MANUAL DE FUNÇÕES III
ÍNDICE IV
1 INTRODUÇÃO 5
1.1 Âmbito 6
1.2 Objectivos 6
1.3 Abreviaturas e Siglas 6
1.4 Responsabilidades 7
1.5 Alterações 7
1.6 Requisito de Aprovação 7
1.7 Acesso 7
2 ORGANIGRAMA 8
3 MATRIZ DE COMPETÊNCIAS 10
4 DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES 13
4.1 Responsável de Serviço 14
4.2 Resp. *Helpdesk*, Planeamento e Qualidade 16
4.2.1 Helpdesk 18
4.3 Resp. Dep. de Apoio ao Imobilizado 23
4.3.1 Assistente Dep. de Apoio ao Imobilizado 25
4.4 Resp. Dep. de Controlo Ambiental e Energético 26
4.4.1 Assistente Dep. de Controlo Ambiental e Energético 28
4.5 Resp. Dep. de Electromedicina e Manutenção 29
4.5.1 Assistente Dep. de Electromedicina e Manutenção 30

1 INTRODUÇÃO

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6188
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICIN

1.1 Âmbito

O presente Manual é aplicável à actividade dos recursos humanos do Serviço de Equipamentos e Electromedicina.

1.2 Objectivos

O objectivo do presente Manual é a formalização das competências dos diferentes colaboradores do Serviço de Equipamentos e Electromedicina, bem como a definição da hierarquia de funções e da política de substituição que regulam a actividade do Serviço.

1.3 Abreviaturas e Siglas

Dep.	Dep.
Resp.	Responsável
CAT	Contrato de Assistência Técnica
CHVNG/E	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
DAI	Dep. de Apoio ao Imobilizado
DCAE	Dep. de Controlo Ambiental e Energético
DEM	Dep. de Electromedicina e Manutenção
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
NM01	Norma para o Registo e Controlo dos Bens Inventariáveis
OT	Ordem de Trabalho
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SOI	Serviço de Obras e Instalações
SR	Serviço Requisitante
SSTI	Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

CHVNG/E
Eng. CASSIEN C71
Responsável do Serv...
Nº Mec. 6188
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMED

1.4 Responsabilidades

A manutenção e actualização do presente Manual são da responsabilidade do HPQ, sendo verificado pelo Representante da Gestão da Qualidade e aprovado pelo Responsável de Serviço.

1.5 Alterações

Caso ocorra uma alteração nos titulares correspondentes às diferentes funções, procede-se à alteração na respectiva ficha de competências incluída na secção MF.07 *Descrição de Funções* e regista-se a informação de alterações em MF.01 *Controlo do Documento*.

1.6 Requisito de Aprovação

É requisito para aprovação do presente Manual que as competências apresentadas para as diferentes funções sejam do conhecimento dos seus titulares. Sendo assim, cada titular deve rubricar a respectiva ficha no campo "TOMEI CONHECIMENTO:".

1.7 Acesso

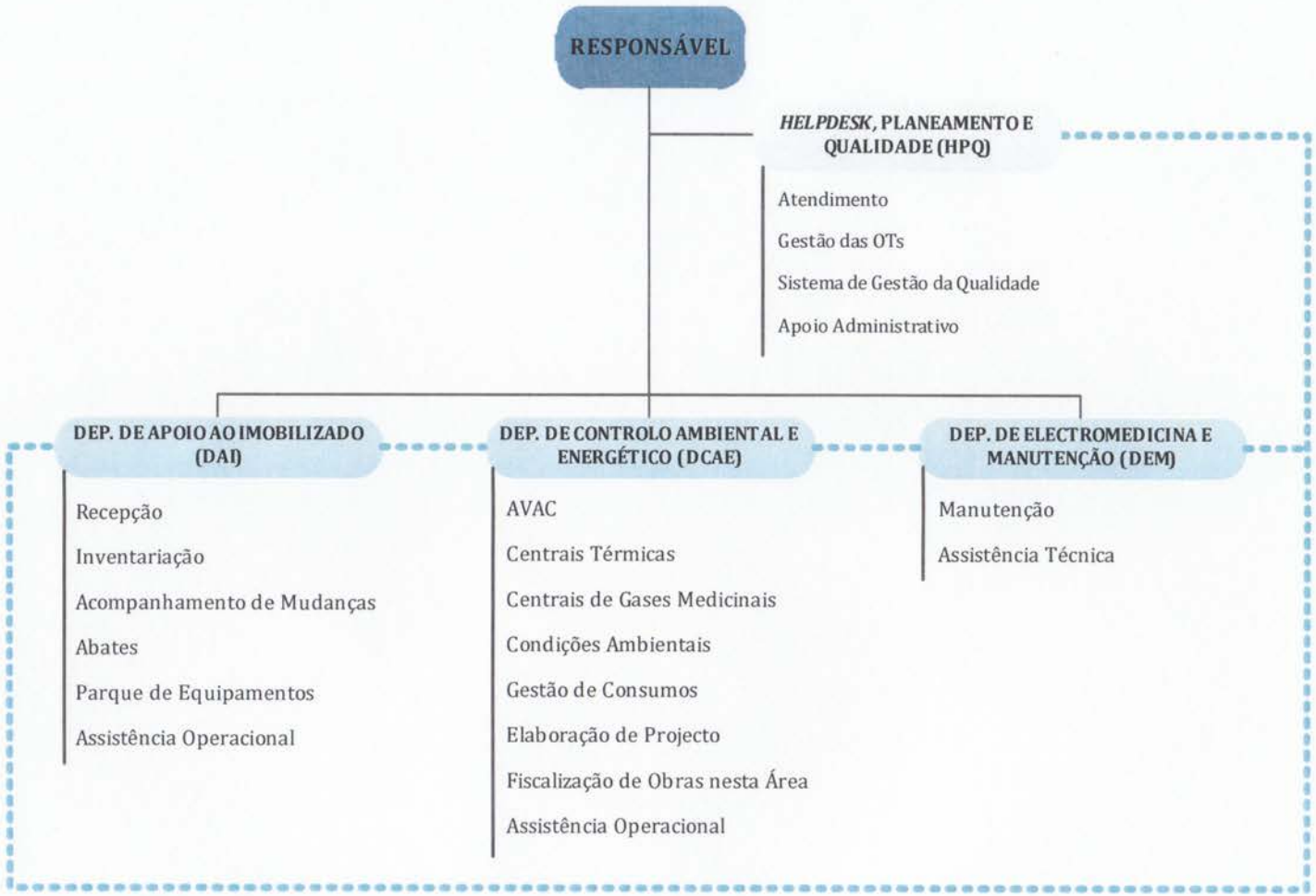
O original do Manual de Funções, para todos os documentos que o constituem, encontra-se disponível no directório de acesso restrito ao Representante da Gestão da Qualidade e ao RS: \\172.20.91.2\see$\SGQ\Originais.

A cópia de trabalho do mesmo é disponibilizada a todos os colaboradores do SEE no directório partilhado: \\172.20.91.2\see$\SGQ.

CHVNG/E
Eng. CASSIEN CHRON
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMET

2 ORGANIGRAMA

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROIX
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICI



Eng. [illegible] SE
Responsável do Serviço
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

3 MATRIZ DE COMPETÊNCIAS

CHVNG/E, E.P.E.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 8198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICI

Função	Escolaridade	Formação	Saber Fazer	Experiência
Responsável de Serviço	Licenciatura	Em Engenharia	▪ Excelente capacidade de organização, planeamento e liderança; ▪ Espírito de equipa, responsabilidade e rigor; ▪ Conhecimento da legislação aplicável à actividade.	Mínima de cinco anos
Resp. *Helpdesk*, Planeamento e Qualidade	Licenciatura	Em Engenharia	▪ Excelente capacidade de planeamento e gestão de pessoas; ▪ Conhecimento em Microsoft Office; ▪ Conhecimento da legislação aplicável à actividade.	Mínima de três anos
Helpdesk	12º Ano	----------	▪ Boa capacidade de comunicação, de organização e de sentido de responsabilidade; ▪ Bons conhecimentos de informática na óptica do utilizador.	Mínima de três anos
Resp. Dep. Apoio ao Imobilizado	12º Ano	----------	▪ Boa capacidade de organização e espírito de iniciativa; ▪ Conhecimento em Microsoft Office, especialmente em Excel; ▪ Conhecimento da legislação aplicável à actividade.	Mínima de três anos
Assistente Dep. Apoio ao Imobilizado	12º Ano	----------	▪ Boa capacidade de organização e de trabalho em equipa; ▪ Bons conhecimentos de informática na óptica do utilizador.	----------

Função	Escolaridade	Formação	Saber Fazer	Experiência
Resp. Dep. Electromedicina e Manutenção	Licenciatura	Engenharia na área de Electrónica e/ou Electromecânica	▪ Facilidade de relacionamento interpessoal e de cultivar relações comerciais; ▪ Conhecimento em equipamentos de electromedicina; ▪ Conhecimento da legislação aplicável à actividade.	Mínima de três anos
Assistente Dep. Electromedicina e Manutenção	12º Ano	Na área de Electrónica e/ou Electromecânica	▪ Facilidade de comunicação e de organização; ▪ Conhecimento em equipamentos de electromedicina.	----------
Resp. Dep. Controlo Ambiental e Energético	Licenciatura	Em Engenharia, preferencialmente na área de Ambiente	▪ Boa capacidade de organização e implementação; ▪ Orientação para resultados; ▪ Conhecimento da legislação aplicável à actividade.	Mínima de três anos
Assistente Dep. Controlo Ambiental e Energético	12º Ano	Em fogueiro, aquecimento, ventilação e/ou ar condicionado	▪ Trabalho em equipa; ▪ Práticas de manutenção preventiva e correctiva de equipamentos electromecânicos.	Mínima de dois anos

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CHRISTO
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICI

4 DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES

4.1 Responsável de Serviço

Titular: Cassien Croisé

Dependência Hierárquica:	Vogal do CA da área dos Serviços de Apoio à Prestação de Cuidados

Competências:

- Planear e dirigir a actividade do SEE, por forma a assegurar a eficiente utilização dos recursos disponíveis e a cumprir as competências que lhe são atribuídas pelo CHVNG/E;
- Aprovar o plano de actividades para o ano subsequente;
- Analisar mensalmente os desvios em relação à actividade esperada e propor/implementar medidas correctivas;
- Conhecer e promover a aplicação da legislação e regulamentação;
- Assegurar a qualidade, eficácia e eficiência técnica dos serviços prestados;
- Garantir uma gestão adequada dos recursos humanos do Serviço;
- Praticar uma política de informação interna relativamente às decisões dos órgãos superiores;
- Reportar directamente ao CA;
- Representar o serviço onde e sempre que necessário;
- Proceder à difusão interna da missão, da visão, dos valores e dos objectivos do Serviço e assegurar a sua prossecução;
- Promover o plano de investimento;
- Estudar e participar nas decisões de aquisições de equipamentos;
- Gerir de forma eficaz e eficiente a manutenção dos equipamentos afectos à Instituição;
- Avaliar a continuidade da permanência em assistência técnica;
- Propor a efectivação de contratos de assistência técnica;
- Aprovar o plano de controlo interno e o plano de formação;

Competências:

- Validar os registos de assiduidade dos colaboradores do Serviço;
- Assegurar o bom funcionamento do Serviço e a motivação dos colaboradores;
- Garantir a disponibilização dos recursos necessários;
- Aprovar o plano de férias dos colaboradores do Serviço;
- Estabelecer e divulgar a Política e os Objectivos da Qualidade;
- Aprovar e promulgar a documentação da Qualidade;
- Promover e conduzir a revisão do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ);
- Assegurar a disponibilidade dos recursos necessários à implementação, manutenção e melhoria contínua do SGQ.

Autoridade:	Total no Serviço
Política de Substituição:	Resp. Dep. Controlo Ambiental e Energético

TOMEI CONHECIMENTO:

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

4.2 Resp. *Helpdesk*, Planeamento e Qualidade

Titular: José Oliveira

Dependência Hierárquica: Responsável de Serviço

Competências:

- Garantir a actualização e cumprimento da legislação aplicável;
- Coordenar os procedimentos de relacionamento com o cliente;
- Supervisionar e assegurar a monitorização e o correcto encerramento do estado das OTs;
- Coordenar a elaboração e actualizar o mapa de OTs;
- Orçamentar as reparações/aquisições necessárias e analisar as propostas;
- Submeter orçamentos para aprovação;
- Registar no software de Gestão de OTs os dados relativos a orçamentos;
- Participar na selecção de prestadores de assistência técnica;
- Analisar, actualizar e avaliar o histórico de manutenção preventiva e/ou preditiva dos equipamentos;
- Avaliar a continuidade da permanência em assistência técnica;
- Coordenar as propostas de efectivação de CAT;
- Garantir a realização da manutenção e das inspecções periódicas obrigatórias dos equipamentos;
- Elaborar relatório anual da actividade do sector.
- Elaborar o plano operacional para o ano subsequente;
- Elaborar o relatório anual de actividades, o plano de controlo interno e o plano de formação;
- Apresentar cooperação total em situação de controlo interno ou auditoria;
- Controlar a sua actividade segundo a Política e os Procedimentos da Qualidade;
- Contribuir para a melhoria contínua do Serviço.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN [illegible]
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6136
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICIN

Autoridade:	Total no sector de *Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
Política de Substituição:	*Helpdesk*

TOMEI CONHECIMENTO: 17/6/11

4.2.1 Helpdesk

Titular: Ilda Brandão

Dependência Hierárquica: Resp. *Helpdesk*, Planeamento e Qualidade

Competências:

- Recepcionar as notas de encomenda e registar os dados no software de Gestão de OTs;
- Recepcionar e conferir facturação;
- Distribuir as facturas conferidas para validação final pelos elementos responsáveis do SEE;
- Elaborar protocolos de facturas;
- Manter actualizado o mapa mensal de controlo de facturação;
- Lavrar as actas das reuniões de serviço;
- Arquivar a documentação do Responsável de Serviço de âmbito administrativo;
- Processar eventuais exposições/reclamações remetidas ao SEE;
- Praticar os actos relativos à assiduidade dos colaboradores do Serviço;
- Elaborar o plano de férias dos colaboradores do Serviço;
- Participar na revisão do SGQ;
- Fazer a interface com entidades externas nos assuntos relacionados com o SGQ;
- Definir a estrutura a adoptar na documentação da Qualidade e na restante necessária à actividade do SEE;
- Gerir o arquivo da documentação da Qualidade;
- Divulgar e disponibilizar a documentação da Qualidade;
- Controlar a realização de cópias de segurança e as autorizações de cópia;
- Apresentar cooperação total em situação de controlo interno ou auditoria;
- Controlar a sua actividade segundo a Política e os Procedimentos da Qualidade;
- Contribuir para a melhoria contínua do Serviço;

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CHOISY
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO DE EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Autoridade:	Não aplicável
Política de Substituição:	Resp. *Helpdesk*, Planeamento e Qualidade

TOMEI CONHECIMENTO:

Ilde Brandes
17/6/2011

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDIC

Titular: Joaquim Macedo

Dependência Hierárquica: Resp. *Helpdesk*, Planeamento e Qualidade

Competências:

- Atender os clientes do SEE;
- Recepcionar o correio interno e distribuir pelo serviço;
- Recepcionar e analisar as requisições internas recebidas via telefone ou via software de Gestão de OTs;
- Contactar telefonicamente os SRs quando a informação constante não é clara ou está incompleta, não permitindo o processamento do pedido;
- Reencaminhar as requisições para outros serviços, quando a resposta a estas não é da tutela do SEE ou do SOI (ex: SSTI);
- Gerar OTs a partir das requisições cujo atendimento é da tutela do SEE ou do SOI;
- Conferir a correspondência entre os dados do equipamento/descrição indicada na requisição e a informação constante no inventário;
- Priorizar as OTs com base na matriz pré-definida e em *inputs* das áreas técnicas e dos SRs;
- Realizar controlo da ocorrência de segundas vias;
- Identificar se os Bens têm ou não cobertura de CAT;
- Encaminhar as OTs para os diferentes técnicos internos responsáveis;
- Efectuar os contactos com empresas externas e agendar as deslocações destas;
- Informar os SRs do tempo de resolução estimado;
- Verificar o cumprimento do tempo de resolução estimado e informar o Resp. pela equipa em caso de não conformidade;
- Verificar a conclusão da OT junto dos SRs;
- Actualizar informaticamente o estado das OTs e o mapa de controlo das OTs;
- Prestar esclarecimentos aos serviços do CHVNG/E e aos clientes externos;

Competências:

- Recepcionar relatórios de assistência técnica e OTs realizado;
- Apresentar cooperação total em situação de controlo interno ou auditoria;
- Controlar a sua actividade segundo a Política e os Procedimentos da Qualidade;
- Contribuir para a melhoria contínua do Serviço.

Autoridade:	Não aplicável
Política de Substituição:	*Helpdesk*

TOMEI CONHECIMENTO:

Joaquim Macedo

17/06/2011

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CAD...
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTR...

Titular: Pedro Carvalho

Dependência Hierárquica: Resp. *Helpdesk*, Planeamento e Qualidade

Competências:

- Verificar os dados necessários ao encerramento de OTs resolvidas e os dados dos relatórios de assistência técnica;
- Registar no software de Gestão de OTs a informação presente nas OTs resolvidas e a indicação de assistência técnica e de material associado, quando aplicável;
- Arquivar os processos de OTs resolvidas;
- Arquivar os processos de efectivação de CATs;
- Actualizar o mapa de OTs;
- Apresentar cooperação total em situação de controlo interno ou auditoria;
- Controlar a sua actividade segundo a Política e os Procedimentos da Qualidade;
- Contribuir para a melhoria contínua do Serviço.

Autoridade: Não aplicável

Política de Substituição: *Helpdesk*

TOMEI CONHECIMENTO:

17/06/11

CHVNG/E, E.P.E.
Enfª. CASSIEN CR
Nº Mec. 5163
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E EL

4.3 Resp. Dep. de Apoio ao Imobilizado

Titular: Jorge Amaral

Dependência Hierárquica: Responsável de Serviço

Competências:

- Garantir a actualização e cumprimento da legislação aplicável;
- Recepcionar e conferir os Bens e a respectiva documentação técnica entregues no SEE;
- Inventariar e identificar os Bens, segundo o definido na NM01;
- Controlar internamente a conformidade entre o cadastro informático dos Bens e os seus dados físicos, segundo o definido na NM01;
- Elaborar o relatório de resultados do controlo interno;
- Actualizar o inventário, nomeadamente em casos de reparação de Bens, de transferência de Bens, de abate de Bens e de substituição com retoma;
- Comunicar necessidade de transporte de Bens ao Serviço responsável pela sua realização;
- Autorizar transporte interno de Bens quando este é justificado;
- Calendarizar mudanças em colaboração com o SOI e efectuar o seu acompanhamento;
- Elaborar listagem de Bens a transferir em caso de mudança;
- Validar a listagem de Bens transferidos em colaboração com o Resp. do serviço requisitante;
- Contactar com firmas externas para a reparação de Bens não-médicos;
- Efectuar a verificação técnica aos Bens não-médicos reparados externamente ou pelo SOI;
- Controlar e monitorizar a manutenção dos extintores;
- Elaborar a documentação referente ao abate de Bens;
- Acompanhar processos de abate;

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. [illegible]
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6199
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Competências:

- Gerir o parque de equipamentos;
- Analisar pedidos de empréstimo de Bens;
- Elaborar relatório anual de actividade do sector;
- Apresentar cooperação total em situação de controlo interno ou auditoria;
- Controlar a sua actividade segundo a Política e os Procedimentos da Qualidade;
- Contribuir para a melhoria contínua do Serviço.

Autoridade:	Total no Dep. de Apoio ao Imobilizado
Política de Substituição:	Assistente Dep. de Apoio ao Imobilizado

TOMEI CONHECIMENTO:

17-06-011

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CH...
Nº Mec. 61[illegible]
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E T...

4.3.1 Assistente Dep. de Apoio ao Imobilizado

Titular:	**Carlos Cardoso**
Dependência Hierárquica:	Resp. Dep. de Apoio ao Imobilizado

Competências:

- Recepcionar e conferir os Bens e respectiva documentação técnica entregues no SEE;
- Inventariar e identificar os Bens, segundo o definido na NM01;
- Participar nos procedimentos de controlo interno ao inventário;
- Colaborar na elaboração do relatório de resultados do controlo interno;
- Assistir nas actividades de actualização do inventário;
- Efectuar o transporte de Bens quando necessário e o respectivo registo;
- Acompanhar as mudanças realizadas pelo SOI;
- Colaborar na elaboração da listagem de Bens a transferir em caso de mudança;
- Acompanhar processos de abate;
- Acompanhar os Bens abatidos aos Contentores de Resíduos e retirar as etiquetas;
- Recepcionar Bens no parque de equipamentos;
- Actualizar a listagem de Bens para empréstimo;
- Arquivar a documentação referente à actividade do Departamento;
- Apresentar cooperação total em situação de controlo interno ou auditoria;
- Controlar a sua actividade segundo a Política e os Procedimentos da Qualidade;
- Contribuir para a melhoria contínua do Serviço.

Autoridade:	Não aplicável
Política de Substituição:	Resp. Dep. de Apoio ao Imobilizado

TOMEI CONHECIMENTO: Carlos Manuel Soares Cardoso

17/06/2011

CASSIEN [illegible]
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6158
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

4.4 Resp. Dep. de Controlo Ambiental e Energético

Titular: Cassien Cróise

Dependência Hierárquica: Responsável de Serviço

Competências:

- Garantir a actualização e cumprimento da legislação aplicável em matéria de ambiente e energia;
- Gerir a operação das centrais térmicas; das centrais de gases medicinais; das estações de tratamento de água; da água para hemodiálise; dos sistemas AVAC, das UTAs e dos equipamentos de produção de frio;
- Coordenar a monitorização das condições ambientais;
- Coordenar a actividade das firmas prestadoras de assistência técnica;
- Elaborar o Plano de Manutenção do departamento, promover e assegurar o seu cumprimento;
- Colaborar com o SOI em projectos de cariz ambiental e energético;
- Garantir a realização das inspecções periódicas obrigatórias;
- Implementar medidas de melhoramento ambiental e energético;
- Desenvolver e implementar um plano de acção de eficiência energética;
- Actualizar os registos de consumos de electricidade, água e gás natural;
- Efectuar/actualizar registos de produção de vapor, de água quente sanitária e de gases medicinais;
- Promover consciência ambiental e energética nas decisões de aquisição e utilização de equipamentos;
- Elaborar relatório anual de actividade do Departamento;
- Apresentar cooperação total em situação de controlo interno ou auditoria;
- Controlar a sua actividade segundo a Política e os Procedimentos da Qualidade;
- Contribuir para a melhoria contínua do Serviço.

Autoridade:	Total no Dep. de Controlo Ambiental e Energético
Política de Substituição:	Responsável de Serviço

TOMEI CONHECIMENTO:

CHVNG/E, E.P.E.
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

4.4.1 Assistente Dep. de Controlo Ambiental e Energético

Titular: Belarmino Carvalho	
Dependência Hierárquica:	Resp. Dep. de Controlo Ambiental e Energético
Competências:	

- Efectuar a manutenção preventiva das áreas técnicas;
- Reportar eventuais anomalias detectadas;
- Operar as centrais térmicas e as estações de tratamento de água;
- Efectuar os registos mensais de consumos de electricidade;
- Elaborar relatórios de actividade;
- Apresentar cooperação total em situação de controlo interno ou auditoria;
- Controlar a sua actividade segundo a Política e os Procedimentos da Qualidade;
- Contribuir para a melhoria contínua do Serviço.

Autoridade:	Não aplicável
Política de Substituição:	Resp. Dep. de Controlo Ambiental e Energético

TOMEI CONHECIMENTO:

Belarmino da Costa Fernandes Carvalho

CHVNG/E, E.P.E
Dr. CARLOS CROIX
Responsável do Serviço
Mec. 9198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDIC

4.5 Resp. Dep. de Electromedicina e Manutenção

Titular: Nuno Santos

Dependência Hierárquica: Responsável de Serviço

Competências:

- Garantir a actualização e cumprimento da legislação aplicável;
- Identificar os equipamentos susceptíveis de manutenção preventiva/preditiva;
- Participar na selecção de prestadores de assistência técnica;
- Colaborar na coordenação das propostas de efectivação de CAT;
- Validar a listagem de equipamentos operacionais;
- Monitorizar qualitativa e quantitativamente a prestação de serviços externos;
- Acompanhamento das intervenções técnicas externas efectuadas no CHVNG/E;
- Colaborar com Dep. de Apoio ao Imobilizado na gestão do parque de equipamentos;
- Prestar assistência técnica aos equipamentos de electromedicina nas mudanças;
- Executar acções de manutenção correctiva;
- Informar tecnicamente sobre a inviabilidade de reparação de peças/equipamentos;
- Sensibilizar para a boa utilização dos equipamentos;
- Elaborar relatório anual de actividade do sector;
- Apresentar cooperação total em situação de controlo interno ou auditoria;
- Controlar a sua actividade segundo a Política e os Procedimentos da Qualidade;
- Contribuir para a melhoria contínua do Serviço.

Autoridade: Total no Dep. de Electromedicina e Manutenção

Política de Substituição: Assistente Dep. de Electromedicina e Manutenção

TOMEI CONHECIMENTO: Nuno Santos 17/06/2011

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIANO BRÁS
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

4.5.1 Assistente Dep. de Electromedicina e Manutenção

Titular: Nuno Silva	
Dependência Hierárquica:	Resp. Dep. de Electromedicina e Manutenção
Competências:	

- Colaborar na validação da listagem de equipamentos operacionais;
- Acompanhar as intervenções técnicas externas efectuadas no CHVNG/E;
- Prestar assistência técnica ao transporte de equipamentos de electromedicina durante o acompanhamento de mudanças;
- Executar acções de manutenção correctiva;
- Sensibilizar para a boa utilização dos equipamentos;
- Efectuar o transporte de Bens quando necessário e o respectivo registo;
- Apresentar cooperação total em situação de controlo interno ou auditoria;
- Controlar a sua actividade segundo a Política e os Procedimentos da Qualidade;
- Contribuir para a melhoria contínua do Serviço.

Autoridade:	Não aplicável
Política de Substituição:	Resp. Dep. de Electromedicina e Manutenção

TOMEI CONHECIMENTO: Nuno Alexandre Gomes da Silva 17/06/2011

CHVNG/E, E.P.E. Dr. ROSIEN CROISE Psicólogo Clínico do Serviço Mec. 6158 SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Anexo 15 Manual de Procedimentos

CENTRO HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

Serviço de Equipamentos e Electromedicina

Manual de Procedimentos

Vila Nova de Gaia, 8 de Julho de 2011

Centro Hospitalar de
Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
Rua Conceição Fernandes s/n
4434-502 Vila Nova de Gaia

www.chvng.min-saude.pt
Tel. +351 22 786 51 00
Fax +351 22 783 02 09

NIPC 508 142 156
Capital Estatutátio 47.082.000,00
Registo Comercial nº508 142 156
geral@chvng.min-saude.pt

Ministério da Saúde

Controlo do Documento

Responsável: Eng.º Cassien Croisé

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

Data	Autor	Descrição
16-02-2011	Inês Pinho	Criação do Documento
08-07-2011	Inês Pinho	1ª Edição

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec: 2198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Promulgação do Manual de Procedimentos

O presente Manual descreve os diferentes procedimentos adoptados pelo Serviço de Equipamentos e Electromedicina no desempenho da sua actividade.

Este manual pretende constituir o suporte material de referência relativo à forma de actuação a seguir pelos seus elementos, definindo responsabilidades e as interacções necessárias com outros Serviços da Instituição.

O Responsável de Serviço assume a responsabilidade pela divulgação e conformidade do presente Manual.

Vila Nova de Gaia, 8 de Julho de 2011

O Responsável de Serviço,

_____

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

Índice

Controlo do Documento ii
Promulgação do Manual de Procedimentos iii
Índice iv
1. Introdução 7
1.1 Âmbito 8
1.2 Objectivos 9
1.3 Responsabilidades 9
1.4 Alterações 10
1.5 Acesso 10
2. Responsável de Serviço 11
PDG.01 PLANEAMENTO DO SGQ 12
PDG.02 REVISÃO DO SGQ 15
PDG.03 ELABORAÇÃO DO PLANO DE ACTIVIDADES 17
PDG.04 ACTUALIZAÇÃO DO PLANO DE ACTIVIDADES 20
PDG.05 ELABORAÇÃO DO PLANO DE AQUISIÇÕES PROGRAMADAS 23
PDG.06 ELABORAÇÃO DO PLANO DE FORMAÇÃO 25
PDG.07 REALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE ACÇÕES DE FORMAÇÃO 28
PDG.08 ELABORAÇÃO DO PLANO DE FÉRIAS 30
PDG.09 ELABORAÇÃO DO PLANO DE CONTROLO INTERNO E MELHORIA 33
PDG.10 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS CLIENTES 36
PDG.11 AUDITORIA INTERNA 39
PDG.12 CONTROLO DO SERVIÇO NÃO CONFORME 42
PDG.13 TRATAMENTO DE RECLAMAÇÕES 44
PDG.14 ACÇÕES CORRECTIVAS 46

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CHOISE
Engº. Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

PDG.15 ACÇÕES PREVENTIVAS 48

3. *Helpdesk*, Planeamento e Qualidade 51

PDS.01 ELABORAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO 52

PDS.02 GESTÃO DA DOCUMENTAÇÃO 57

PDS.03 CONTROLO DOS REGISTOS 60

PDS.04 GESTÃO DE INFRAESTRUTURAS 62

PDS.05 SELECÇÃO DE FORNECEDORES 64

PDS.06 AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES 67

PDO.01 ATENDIMENTO DAS REQUISIÇÕES INTERNAS 70

PDO.02 GESTÃO DE OTS COM CONTRATO DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA 74

PDO.03 GESTÃO DE OTS SEM CONTRATO DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA 77

PDO.04 ENCERRAMENTO E ARQUIVO DAS ORDENS DE TRABALHO 81

PDO.05 ORÇAMENTAÇÃO DE REPARAÇÕES/SUBSTITUIÇÕES ATÉ 500 € 84

PDO.06 ORÇAMENTAÇÃO DE REPARAÇÕES/SUBSTITUIÇÕES SUPERIORES A 500 € 88

PDO.07 CONFERÊNCIA E REENCAMINHAMENTO DA FACTURAÇÃO 92

PDO.08 DEFINIÇÃO DE CONTRATOS DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA 96

4. Departamento de Apoio ao Imobilizado 99

PDO.09 ELABORAÇÃO DO PLANO DE ABATES 100

PDO.10 AQUISIÇÃO DE BENS 102

PDO.11 RECEPÇÃO E CONFERÊNCIA DE BENS 105

PDO.12 INVENTARIAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE BENS 108

PDO.13 CONTROLO INTERNO AO INVENTÁRIO 111

PDO.14 TRANSPORTE DE BENS 114

PDO.15 ABATE DE BENS 116

PDO.16 RETOMA POR REPARAÇÃO 120

PDO.17 TRANSFERÊNCIA DE BENS 124

HVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

PDO.18 EMPRÉSTIMO DE BENS 126
PDO.19 CEDÊNCIA DE BENS PARA EMPRÉSTIMO 129
5. Departamento de Electromedicina e Manutenção 132
PDO.20 ELABORAÇÃO DO PLANO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA 133
PDO.21 REALIZAÇÃO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA INTERNA 136
6. Departamento de Controlo Ambiental e Energético 139
PDO.22 ELABORAÇÃO DO PLANO DE MANUTENÇÃO DCAE 140
PDO.23 COORDENAÇÃO DA MONITORIZAÇÃO EXTERNA DAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS . 143
PDO.24 CONTROLO INTERNO DA QUALIDADE DA ÁGUA 146
PDO.25 GESTÃO DAS EMPRESAS DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA EM PERMANÊNCIA 148
PDO.26 MANUTENÇÃO DAS CENTRAIS TÉRMICAS E AVAC 151
PDO.27 ELABORAÇÃO DO PLANO DE EFICIÊNCIA ENERGÉTICA 153
PDO.28 REGISTO DOS CONSUMOS DA INSTITUIÇÃO 155

1. Introdução

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

1.1 Âmbito

O presente Manual é aplicável a toda a actividade do Serviço de Equipamentos e Electromedicina. Na definição dos vários procedimentos foram considerados os processos definidos no Manual de Gestão da Qualidade (MGQ), relacionando-se conforme a matriz de seguida apresentada.

PROCESSO	GESTÃO DO SGQ	GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	GESTÃO DA MELHORIA	GESTÃO DAS ORDENS DE TRABALHO	GESTÃO DO INVENTÁRIO	GESTÃO DO PARQUE DE EQUIPAMENTOS	GESTÃO DA MANUTENÇÃO	MONITORIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS	OPERAÇÃO DAS ÁREAS TÉCNICAS	CONTROLO ENERGÉTICO	GESTÃO DA DOCUMENTAÇÃO	RECURSOS DE INFRAESTRUTURAS E TECNOLÓGICOS	AVALIAÇÃO E SELECÇÃO DE FORNECEDORES
Procedimento	PG.01	PG.02	PG.03	PO.01	PO.02	PO.03	PO.04	PO.05	PO.06	PO.07	PS.01	PS.02	PS.03
PDG.01	■												
PDG.02	■												
PDG.03	■												
PDG.04	■												
PDG.05	■												
PDG.06		■											
PDG.07		■											
PDG.08		■											
PDG.09			■										
PDG.10			■										
PDG.11			■										
PDG.12			■										
PDG.13			■										
PDG.14			■										
PDG.15			■										
PDO.01				■									
PDO.02				■									
PDO.03				■									
PDO.04				■									
PDO.05				■									
PDO.06				■									
PDO.07				■									
PDO.08							■						
PDO.09						■							
PDO.10						■							
PDO.11					■								
PDO.12					■								
PDO.13					■								
PDO.14						■							
PDO.15						■							
PDO.16						■							
PDO.17						■							

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

PROCESSO	GESTÃO DO SGQ	GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	GESTÃO DA MELHORIA	GESTÃO DAS ORDENS DE TRABALHO	GESTÃO DO INVENTÁRIO	GESTÃO DO PARQUE DE EQUIPAMENTOS	GESTÃO DA MANUTENÇÃO	MONITORIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS	OPERAÇÃO DAS ÁREAS TÉCNICAS	CONTROLO ENERGÉTICO	GESTÃO DA DOCUMENTAÇÃO	RECURSOS DE INFRAESTRUTURAS E TECNOLÓGICOS	AVALIAÇÃO E SELECÇÃO DE FORNECEDORES
Procedimento	PG.01	PG.02	PG.03	PO.01	PO.02	PO.03	PO.04	PO.05	PO.06	PO.07	PS.01	PS.02	PS.03
PDO.18						■							
PDO.19						■							
PDO.20							■						
PDO.21							■						
PDO.22							■						
PDO.23								■					
PDO.24								■					
PDO.25									■				
PDO.26									■				
PDO.27										■			
PDO.28										■			
PDS.01											■		
PDS.02											■		
PDS.03											■		
PDS.04												■	
PDS.05													■
PDS.06													■

1.2 Objectivos

O objectivo do presente Manual é o de materializar os procedimentos que suportam a actividade do Serviço numa versão documental, contribuindo para a harmonização e normalização dos processos e procedimentos globais do Hospital. Este documento pretende também servir de suporte à transmissão de conhecimento entre recursos do Serviço, e entre este e os restantes Serviços do Hospital. É objectivo ainda que o modo de funcionamento corporizado por estes procedimentos seja periodicamente revisto, numa perspectiva de melhoria contínua no Serviço.

1.3 Responsabilidades

A manutenção e actualização do presente Manual são da responsabilidade do *Helpdesk*, Planeamento e Qualidade, sendo verificado pelo Representante para a Gestão da Qualidade e aprovado pelo Responsável de Serviço.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

1.4 Alterações

Todos os documentos do Manual de Procedimentos deverão especificar no campo "ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO" (excepto para MPD.02.01 Índice) o teor das alterações introduzidas para a edição/revisão em vigor e da que imediatamente a antecedeu.

1.5 Acesso

O original do Manual de Procedimentos, para todos os documentos que o constituem, encontra-se disponível no directório de acesso restrito ao Representante da Gestão da Qualidade e ao RS: \\172.20.91.2\see$\SGQ\Originais\MPD.

A cópia de trabalho do mesmo é disponibilizada a todos os colaboradores do SEE no directório partilhado: \\172.20.91.2\see$\SGQ\MPD.

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

2. Responsável de Serviço

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDG.01 PLANEAMENTO DO SGQ

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Estabelecer a metodologia adoptada no planeamento do SGQ do SEE.

Âmbito

Aplica-se à gestão do SGQ do SEE.

Definições e Abreviaturas

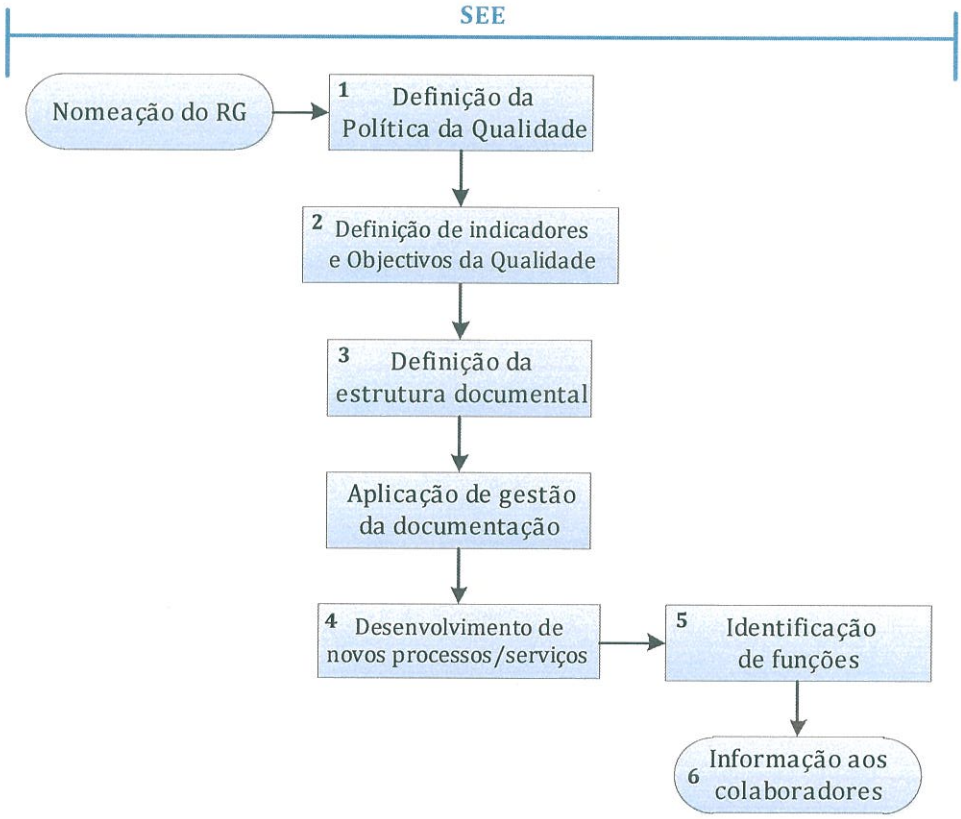
RG	Representante da Gestão
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade

Indicadores

- Número de não conformidades com origem num planeamento inadequado

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Após a nomeação do RG, inicia-se o planeamento do SGQ pela definição da Política da Qualidade de acordo com a estratégia da empresa.	RS	
2	Definição dos Objectivos da Qualidade e dos indicadores de processo, em consonância com a Política da Qualidade definida e a Visão do SEE para a sua actividade.		
3	Definição da documentação necessária à gestão do SGQ e à operação e controlo eficazes dos seus processos, bem como ao cumprimento dos requisitos da NP EN ISO 9001:2008. Aplicação de sistema de controlo da documentação e dos registos da Qualidade.	RG	

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
4	Análise da necessidade de desenvolvimento de novos processos ou serviços no âmbito do SGQ.	RS/RG	
5	Definir as funções, responsabilidades e autoridade de cada colaborador, as competências mínimas e a política de substituição.	RS	
6	Informação aos colaboradores relativamente à Política e aos Objectivos da Qualidade, bem como da respectiva ficha de competências.	RG	MF

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROISE
Eng.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDG.02 REVISÃO DO SGQ

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Estabelecer a metodologia adoptada na revisão do SGQ do SEE.

Âmbito

Aplica-se à gestão do SGQ do SEE.

Definições e Abreviaturas

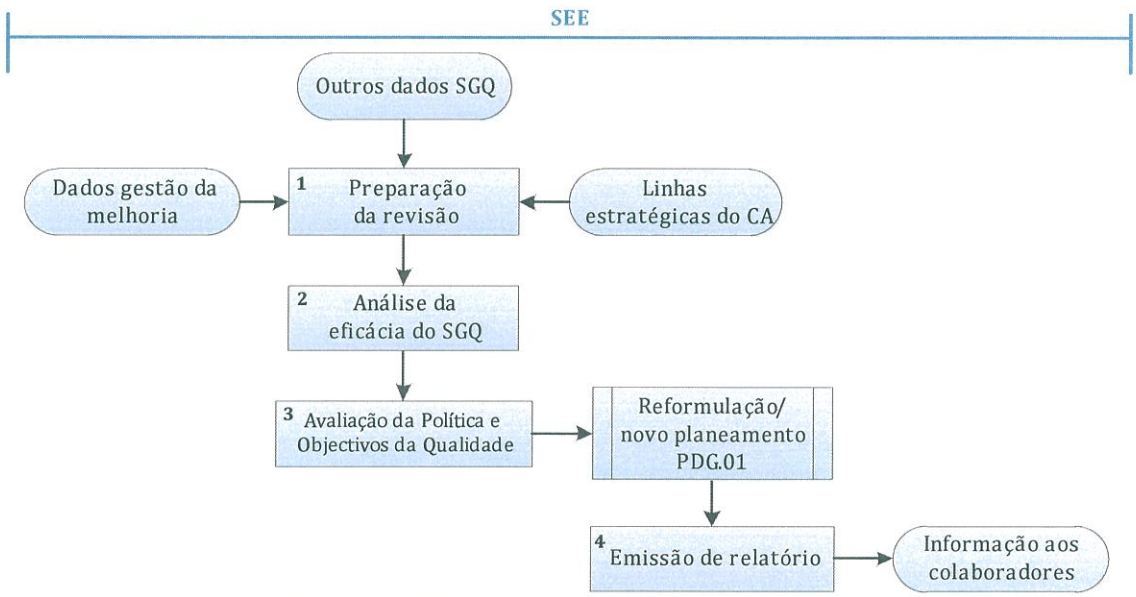
CA	Conselho de Administração ou o órgão em que delegar
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
RG	Representante da Gestão
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade

Indicadores

- Número de não conformidades com origem numa revisão inadequada

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Compilação da informação necessária à revisão do SGQ, considerando as linhas de orientação do CA, os dados da gestão da melhoria (resultados auditoria interna, avaliação à satisfação dos clientes, reclamações, não conformidades, acções correctivas e preventivas) e outros dados do SGQ, como revisões anteriores e registos relevantes.	HPQ	
2	Análise da eficácia do SGQ e do funcionamento dos processos implementados e avaliação dos indicadores definidos.	RS/ Gestores de Processo	
3	Avaliação do cumprimento da Política e dos Objectivos da Qualidade definidos. Análise da necessidade de reformulação e de novo planeamento do SGQ.		
4	Emissão de relatório com as conclusões da revisão ao SGQ e divulgação das mesmas aos colaboradores.	RG	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng.º CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDG.03 ELABORAÇÃO DO PLANO DE ACTIVIDADES

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Esquematizar o procedimento adoptado na definição do Plano de Actividades para o ano subsequente de actividade do SEE.

Âmbito

Aplica-se a todo o planeamento do âmbito do SEE.

Definições e Abreviaturas

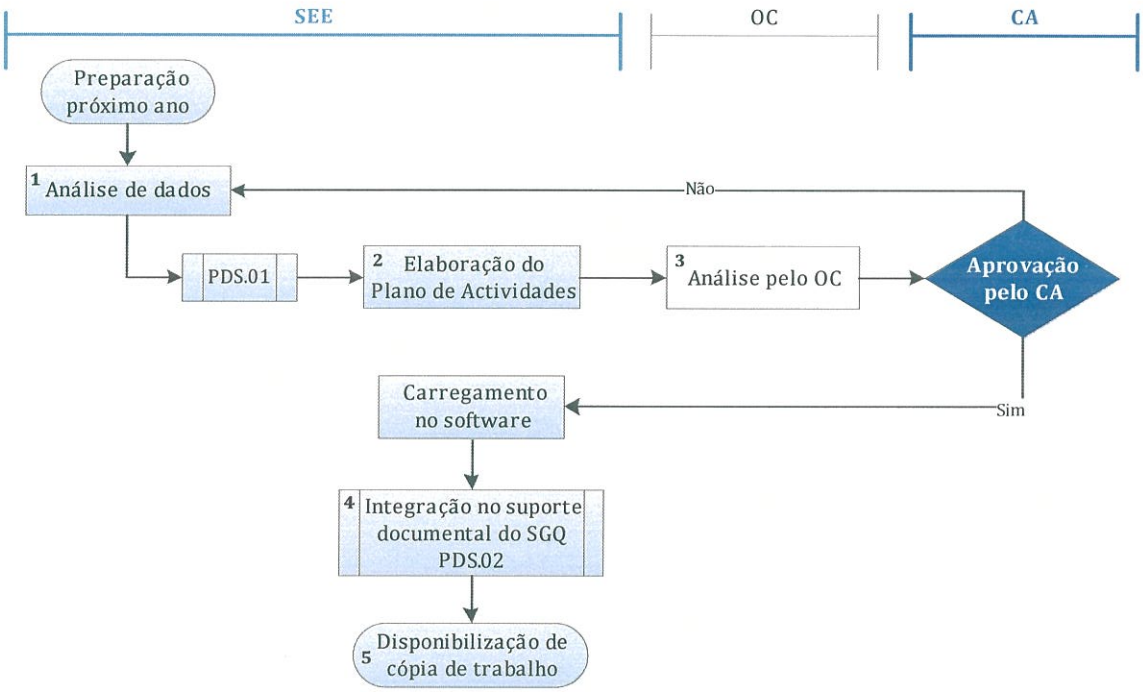
Resp.	Responsável
CA	Conselho de Administração ou o órgão em que delegar
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
OC	Órgão de Coordenação
OT	Ordem de Trabalho
RG	Representante da Gestão
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
UGI	Unidade de Gestão Integrada

Indicadores

- Atraso (em dias) no cumprimento do prazo para a elaboração do Plano de Actividades (até um mês antes do término do ano corrente)

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Preparação da actividade do SEE para o ano seguinte, até um mês antes do término do ano corrente, tendo por base as orientações estratégicas do CA e uma análise de dados históricos e previsionais relativos: ▪ ao *helpdesk*, sobretudo a tendência comportamental das OTs e as respectivas razões; ▪ à manutenção de equipamentos, sobretudo no que se refere à planificação da manutenção preventiva, mas também incorporando uma previsão de acções correctivas; ▪ ao plano de investimentos programados; ▪ às acções de abate programadas: ▪ ao acompanhamento da realização de mudanças; ▪ ao controlo do inventário; ▪ às necessidades das UGIs não previamente contempladas. Análise dos resultados dos indicadores definidos para a actividade do SEE e do controlo interno realizado.	RS	

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
2	Elaboração do Plano de Actividades, com definição da estrutura para os documentos segundo PDS.01. Organização do Plano de Actividades nas diversas vertentes operativas, nomeadamente: ▪ Plano de Manutenção Preventiva; ▪ Plano de Aquisições Programadas; ▪ Plano de Abates; ▪ Plano de Mudanças; ▪ Plano de Controlo Interno e Melhoria; ▪ Plano de Formação; ▪ Previsão de alocação de recursos; ▪ Níveis de actividade preconizados. Envio da documentação para análise do OC.	RS/ Resp. HPQ/ RG	PDS.01
3	Análise do Plano de Actividades pelo OC e envio ao CA para aprovação. Caso seja aprovado, o planeamento definido é carregado no software de Gestão de OTs para geração automática das OTs necessárias. Caso contrário, procede-se a nova análise dos dados e à reformulação do Plano de Actividades com base na informação remetida pelo OC e pelo CA, e remete-se nova versão dos mesmos para aprovação.	OC/ CA/ SEE	
4	Integração no suporte documental do SGQ do SEE, conforme o PDS.02.	HPQ	PDS.02
5	Disponibilização de cópia de trabalho do Plano de Actividades a todos os colaboradores do SEE no directório partilhado: \\172.20.91.2\see$\SGQ\Plano de Actividades\ano. Divulgação interna do acesso aos dos documentos e da importância do seu conhecimento para a actividade dos diferentes departamentos.		

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng.º CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDG.04 ACTUALIZAÇÃO DO PLANO DE ACTIVIDADES

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Esquematizar o procedimento adoptado na actualização do Plano de Actividades do SEE.

Âmbito

Aplica-se à actualização do planeamento definido no âmbito do SEE.

Definições e Abreviaturas

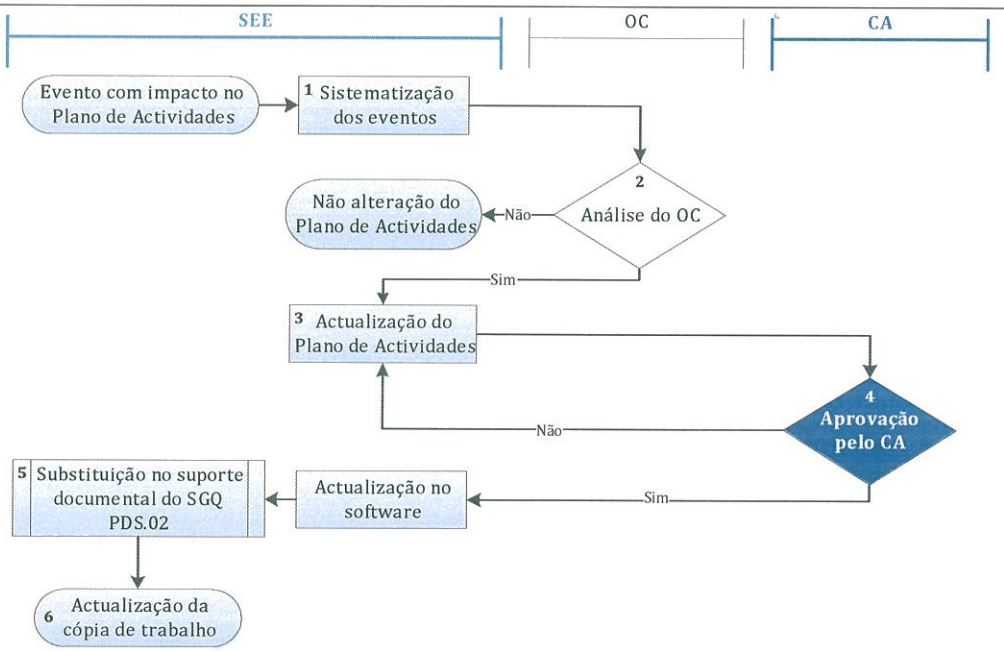
Resp.	Responsável
CA	Conselho de Administração ou o órgão em que delegar
HPQ	*Helpdesk,* Planeamento e Qualidade
OC	Órgão de Coordenação
OT	Ordem de Trabalho
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade

Indicadores

Não aplicável.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Caso ocorram situações com eventual impacto no planeamento operacional, o SEE esquematiza os eventos e remete ao OC para análise.	RS	
2	Emissão de parecer pelo OC quanto à necessidade de alteração do Plano. Caso as alterações não sejam aceites, é comunicado ao SEE que mantém a actividade segundo o Plano de Actividades aprovado.	OC	PDS.01
3	Alteração do Plano de Actividades, de forma a minimizar o impacto dos eventos e incluir as alterações necessárias. Envio do novo Plano para aprovação do CA.	RS/ Resp. HPQ	
4	Análise das alterações no Plano de Actividades pelo CA. Caso seja aprovado, procede-se à actualização do planeamento carregado no software de Gestão de OTs para nova geração automática das OTs necessárias. Caso contrário, procede-se a nova reformulação do Plano de Actividades com base na informação remetida pelo CA, para aprovação.	CA	

CHVNG/E, E.P.E.
ENG. CARLOS ESSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
5	Actualização da documentação no suporte documental do SGQ do SEE, conforme o PDS.02.	Resp. HPQ	PDS.02
6	Actualização da cópia de trabalho do Plano de Actividades disponível para todos os colaboradores do SEE no directório partilhado: \\172.20.91.2\see$\SGQ\ Plano de Actividades\ano. Divulgação interna da actualização.		

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDG.05 ELABORAÇÃO DO PLANO DE AQUISIÇÕES PROGRAMADAS

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Garantir uma gestão eficaz dos recursos da Instituição através do planeamento do investimento ao nível da aquisição de Bens no âmbito do SEE.

Âmbito

Aplica-se ao planeamento global do SEE.

Definições e Abreviaturas

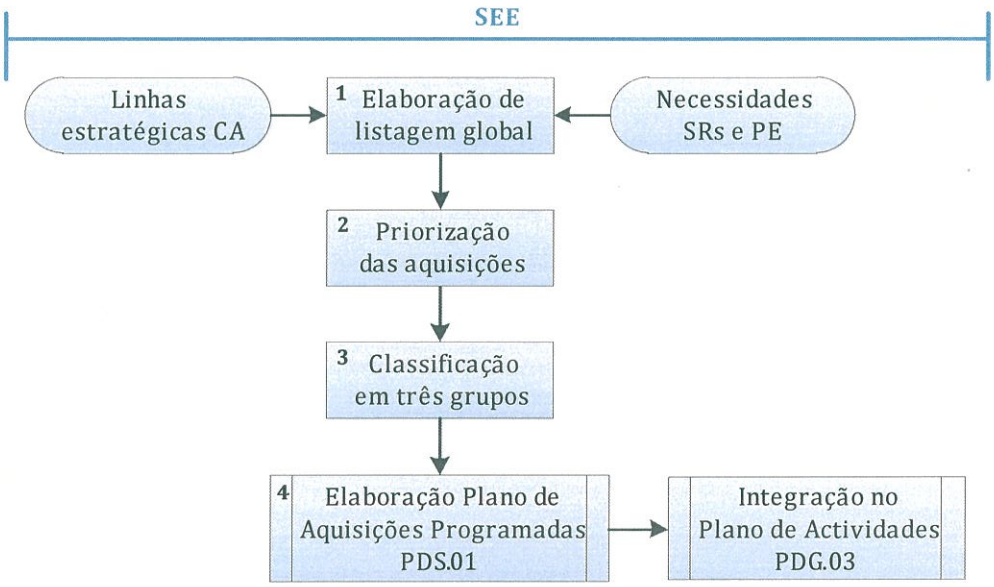
CA	Conselho de Administração ou o órgão em que delegar
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
PE	Parque de Equipamentos
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SR	Serviço Requisitante

Indicadores

- Atraso (em dias) no cumprimento do prazo para a elaboração do Plano de Aquisições Programadas (até dois meses antes do término do ano corrente)

CHVNG/E, E.P.E.
HOSPITAL GERAL SANTO ANTÓNIO
O Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Compilação das necessidades dos SRs e do PE do SEE e elaboração de uma listagem global de aquisições a considerar, tendo em conta as orientações estratégicas do CA.	RS	
2	Priorização das aquisições a realizar em função do investimento necessário e da criticidade do Bem.		
3	Classificação das aquisições em três grupos: investimentos críticos; investimentos prioritários e outros investimentos.		
4	Elaboração do Plano de Aquisições Programadas, até dois meses antes do término do ano corrente explicitando os três grupos de investimento. Inclusão deste no Plano de Actividades, procedendo-se conforme **PDG.03**.	HPQ	PDG.03

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Dr. GÁSSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDG.06 ELABORAÇÃO DO PLANO DE FORMAÇÃO

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Assegurar a identificação e o planeamento das necessidades de formação dos Recursos Humanos do Serviço.

Âmbito

Aplica-se à gestão dos Recursos Humanos do SEE.

Definições e Abreviaturas

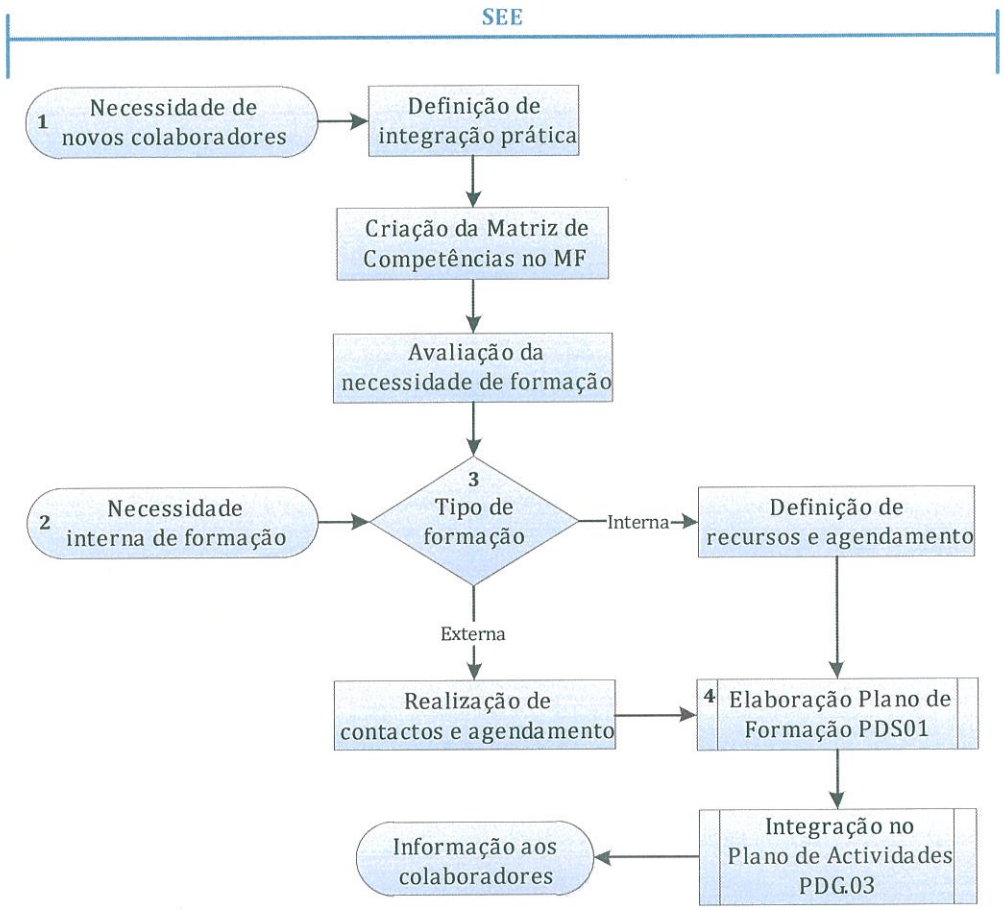
Resp.	Responsável
DAI	Departamento de Apoio ao Imobilizado
DCAE	Departamento de Controlo Ambiental e Energético
DEM	Departamento de Electromedicina e Manutenção
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
MF	Manual de Funções
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina

Indicadores

- Atraso (em dias) no cumprimento do prazo para elaboração do Plano de Formação (até dois meses antes do término do ano corrente)

CHVNG/E, E.P.E.
Hosp. CAGOUEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Identificação da necessidade de novos colaboradores para o ano subsequente. Caso exista, previsão das suas condições de integração e criação da matriz de competências para a posição a ocupar. Avaliação da eventual necessidade de formação adicional.	RS	
2	Identificação de necessidades internas de formação junto dos colaboradores do Serviço.	RS/ Resp. DAI/ Resp. DCAE/ Resp. DEM	

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CARDOSO
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
3	Definição do tipo de formação a planear – interna ou externa. Caso se opte por formação interna, identificação dos recursos a alocar e agendamento das acções de formação. Caso contrário, efectivação dos contactos para as formações pretendidas e realização do agendamento.	RS/ HPQ	
4	Elaboração do Plano de Formação, até dois meses antes do término do ano corrente com as necessidades relativas aos Recursos Humanos do Serviço. Inclusão deste no Plano de Actividades, procedendo-se conforme **PDG.03**. Após aprovação, informa-se os colaboradores das acções planeadas.		PDG.03

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
HOSPITAL DE GAIA
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDG.07 REALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE ACÇÕES DE FORMAÇÃO

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Definir o procedimento para a realização das acções de formação e garantir a sua avaliação.

Âmbito

Aplica-se à gestão dos Recursos Humanos do SEE.

Definições e Abreviaturas

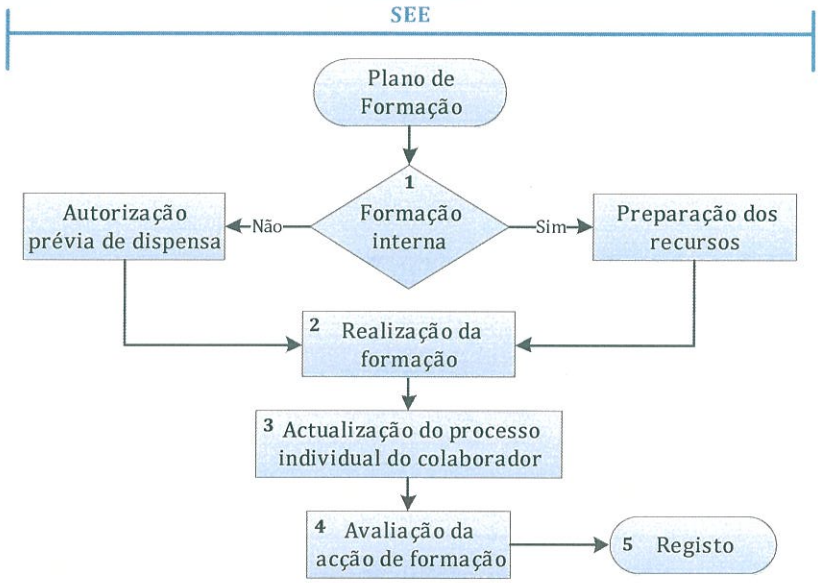
RG	Representante da Gestão
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade

Indicadores

- Avaliação da acção de formação

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Acções de formação planeadas. Caso seja interna, o formador procede atempadamente à preparação dos recursos necessários à sua realização. Caso contrário, o HPQ procede ao pedido de autorização prévia de dispensa para a data da formação. Realização da formação com entrega do certificado.	Formador/ HPQ	
2	Entrega de cópia do certificado no Serviço para arquivo no processo individual do colaborador.	Formando	
3	Avaliação pelo formando do conteúdo e da eficácia da acção de formação, registando na MT08 Avaliação de formação.		MT08
4	Tratamento dos dados relativos à avaliação da acção e anexação de uma breve descrição do conteúdo da formação. Digitalização dos documentos para o seguinte directório:\\172.20.91.2\see$\SGQ\Recursos Humanos\Formação\ano.	RG	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

Procedimento Documentado:

PDG.08 ELABORAÇÃO DO PLANO DE FÉRIAS

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Estabelecer o Plano de Férias do Serviço, de forma a assegurar a disponibilidade em especialidade e quantidade adequadas às necessidades do SEE.

Âmbito

Aplica-se a todos os Recursos Humanos do SEE.

Definições e Abreviaturas

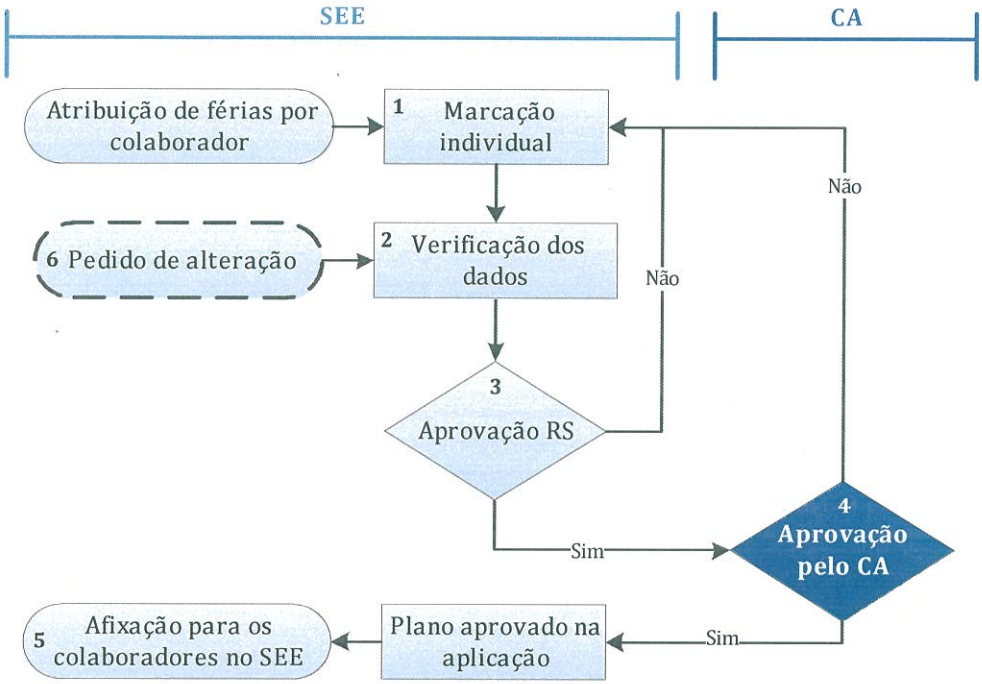
CA	Conselho de Administração ou o órgão em que delegar
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina

Indicadores

- Atraso (em dias) no cumprimento do prazo para elaboração do Plano de Férias (até Abril do ano corrente).

CHVNG/E, E.P.E.
Enf.ª CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Marcação individual na aplicação "Gestão de Horários" (disponível no portal da Instituição) dos períodos de férias pretendidos, em função dos dias atribuídos para o ano corrente.	Cada colaborador	
2	Verificação do plano global na aplicação, no sentido de assegurar a substituição dos colaboradores por outros com a qualificação equivalente. Validação na aplicação, após eventuais alterações necessárias.	HPQ	
3	Análise do plano pelo RS e aprovação na aplicação. Caso não seja aprovado, solicitação junto dos colaboradores de alteração da marcação.	RS	
4	Aprovação do Plano de Férias pelo CA. Caso não seja aprovado, os colaboradores são informados via aplicação. Caso contrário, a informação de Plano de Férias aprovado é remetida ao SEE via aplicação.	CA	

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CARSTEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 0198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
5	Afixação do Plano de Férias em local acessível a todos os colaboradores.	HPQ	
6	Em caso de pretensão de alteração ao período individual de férias, o pedido deve ser realizado na aplicação relativamente a um máximo de 10 dias anuais.	Cada colaborador	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
ENG.º CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDG.09 ELABORAÇÃO DO PLANO DE CONTROLO INTERNO E MELHORIA

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Descrever a metodologia aplicada no planeamento da gestão de melhoria anual.

Âmbito

Aplica-se à gestão da melhoria no âmbito do SGQ do SEE.

Definições e Abreviaturas

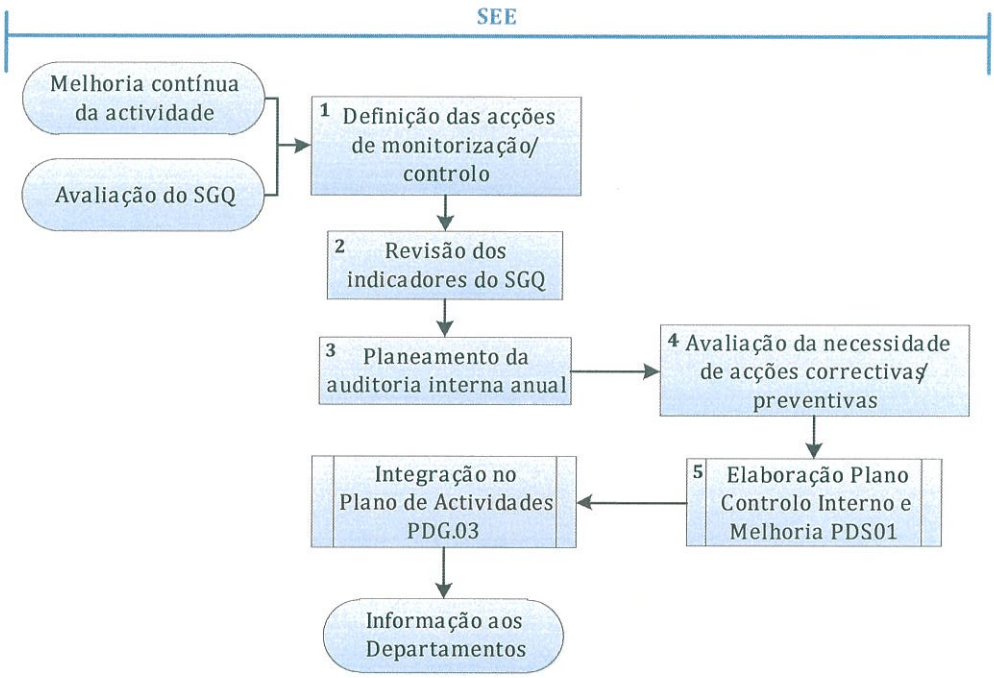
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
RG	Representante da Gestão
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade

Indicadores

- Atraso (em dias) no cumprimento do prazo para elaboração do Plano de Controlo Interno e Melhoria (até Abril do ano corrente).

CHVNG/E, E.P.E.
ENG.ª CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Definição das acções de monitorização e controlo a desempenhar no ano subsequente, tendo em conta os requisitos da NP EN ISO 9001 relativamente à melhoria contínua e a necessidade de avaliar o grau de implementação e de adequação do SGQ. Estas devem incluir o controlo dos processos, a avaliação da satisfação do cliente, a realização de auditoria interna e o controlo do serviço não conforme.	RG/ RS	
2	Revisão dos indicadores de desempenho definidos no âmbito dos processos do SGQ e realização das alterações consideradas necessárias.		
3	Planeamento da realização de auditoria interna, com a definição das áreas e dos processos a auditar no decorrer do ano subsequente e respectiva calendarização.		
4	Avaliação da necessidade de inclusão de acções correctivas e preventivas decorrentes da análise de reclamações e não conformidades ainda não consideradas.	RG/ RS	

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
5	Registo da informação através da elaboração do Plano de Controlo Interno e Melhoria, até dois meses antes do término do ano corrente, englobando os pontos a monitorizar e a controlar. Inclusão deste no Plano de Actividades, procedendo-se conforme **PDG.03**. Após aprovação, informa-se os diferentes departamentos da calendarização.	RG/ HPQ	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

Procedimento Documentado:

PDG.10 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS CLIENTES

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Monitorizar a satisfação dos clientes em relação aos serviços prestados pelo SEE.

Âmbito

Aplica-se à gestão da melhoria no âmbito do SGQ do SEE.

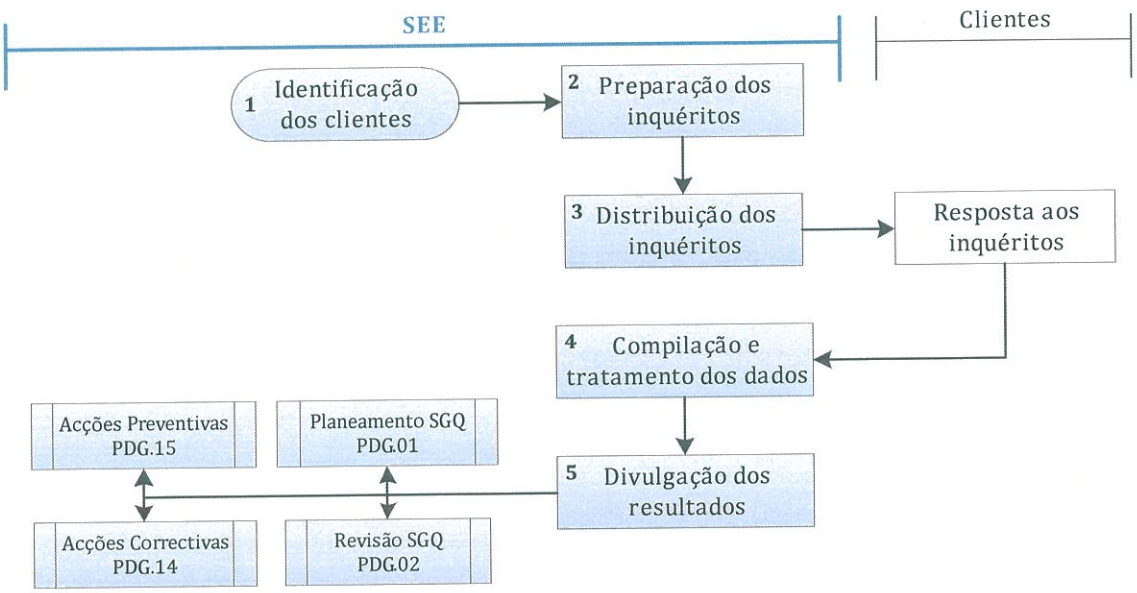
Definições e Abreviaturas

CA	Conselho de Administração ou o órgão em que delegar
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
OT	Ordem de Trabalho
RG	Representante da Gestão
RS	Responsável de Serviço
SAL	Serviço de Aprovisionamento e Logística
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SFC	Serviços Financeiros e de Contabilidade
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SOI	Serviço de Obras e Instalações
SR	Serviço Requisitante

Indicadores

- Não conformidades na selecção de clientes realizada

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Identificação dos clientes a inquirir no ano subsequente, até dois meses antes do término do ano corrente. Inclusão obrigatória na avaliação do CA, o SAL, o SOI e os SFC. Selecção dos clientes internos em função do volume de OTs, de forma a anualmente o Serviço ser avaliado por pelo menos 25% dos SRs. Selecção de cinco clientes externos a incluir, em função do volume de OTs envolvidas. Os clientes seleccionados são devidamente identificados na MT09 Clientes em Avaliação.	RG	MT09
2	Preparação/revisão dos inquéritos a distribuir aos clientes internos (SEE.12) e aos clientes externos (SEE.13). Definição da quantidade a distribuir e registo na MT09. As actividades referidas devem ser concluídas até ao término do ano corrente.	RG/RS	MT09/ SEE.12/ SEE.13

CHVNG/E, E.P.E.
CASCAIS CRUCE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTRÓNICA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
3	Reprodução dos inquéritos nas quantidades definidas. Envio por correio interno para os diferentes serviços. Expedição por correio para os diferentes clientes externos. Os inquéritos devem ser distribuídos até ao final do mês de Janeiro, com pedido de resposta em um mês e registo da data de envio.	HPQ	
4	Compilação e tratamento em Excel dos dados dos inquéritos respondidos, recepcionados até um mês após a sua distribuição. Os inquéritos serão digitalizados e guardados no seguinte directório: \\172.20.91.2\see$\SGQ\Gestão da Melhoria\Avaliação clientes\ano.	RG	
5	Após verificação e aprovação do RS, divulgação interna dos resultados da avaliação da satisfação dos clientes. Os resultados são considerados no planeamento/revisão do SGQ (PDG.01/PDG.02), dando origem a eventuais acções correctivas e/ou preventivas (PDG.13/PDG.14).	RG/RS	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTRÓNICA

Procedimento Documentado:

PDG.11 AUDITORIA INTERNA

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Descrever as acções realizadas no sentido de avaliar o grau de implementação e de adequação do SGQ, bem como de identificar oportunidades de melhoria.

Âmbito

Aplica-se à gestão da melhoria no âmbito do SGQ do SEE.

Definições e Abreviaturas

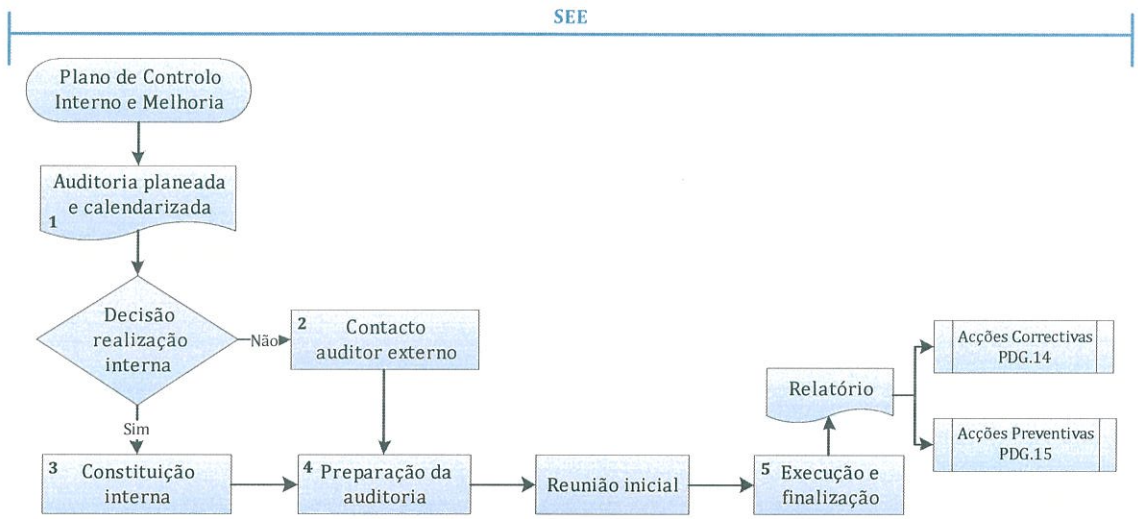
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
RG	Representante da Gestão
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade

Indicadores

- Atraso (em dias) no cumprimento da realização da auditoria interna calendarizada

CHVNG/E, E.P.E.
Dra. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Acções anuais de auditoria definidas pelo Plano de Controlo Interno e Melhoria, decidindo-se quanto à sua realização interna ou externa.	RG/ RS	
2	Caso se opte por recorrer a equipas de auditores externos, realização de pelo menos dois contactos, avaliando-se as propostas recebidas. Os auditores devem ter formação e experiência comprovadas na realização de auditorias.	HPQ	
3	Se a auditoria for realizada internamente, procede-se à constituição da equipa, englobando um colaborador do SEE, um colaborador do Gabinete da Qualidade e um do Gabinete de Auditoria.	Equipa Auditora HPQ/ Gestor de Processo	
4	Nomeação do coordenador da auditoria. Preparação da auditoria com recolha e análise dos documentos e informação necessários relativos à área a auditar (processos, procedimentos, fichas de competências, relatórios de auditorias anteriores, dados de reclamações/não conformidades, acções correctivas e preventivas em curso, requisitos legais, entre outros). Determinação da sequência de actividades da auditoria e do membro da equipa responsável, bem como da data e hora de início da auditoria, em concordância com o Gestor de processo.		

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
4	Realização de uma reunião inicial entre a equipa auditora e o Gestor de processo para validação da sequência de actividades e para eventuais esclarecimentos prévios à auditoria.	Equipa Auditora HPQ/ Gestor de Processo	
5	Realização da auditoria, seguindo as actividades definidas, com verificação dos pontos definidos de acordo com o SEE.14 Auditoria Interna. Registo de todas as observações e conclusões efectuadas. Realização de reunião entre a equipa auditora e o Gestor de processo para análise das mesmas e das eventuais não conformidades, com elaboração conjunta de medidas de melhoria. Emissão de relatório pelo coordenador da auditoria, com indicação das não conformidades e/ou medidas e sugestões de melhoria. Procede-se segundo **PDG.14** e **PDG.15**.	Equipa Auditora/ Gestor de Processo	SEE.14/ PDG.14/ PDG.15

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDG.12 CONTROLO DO SERVIÇO NÃO CONFORME

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Garantir a identificação dos serviços e produtos em não conformidade e o desencadeamento de acções para a eliminação das suas causas.

Âmbito

Aplica-se à gestão da melhoria no âmbito do SGQ do SEE.

Definições e Abreviaturas

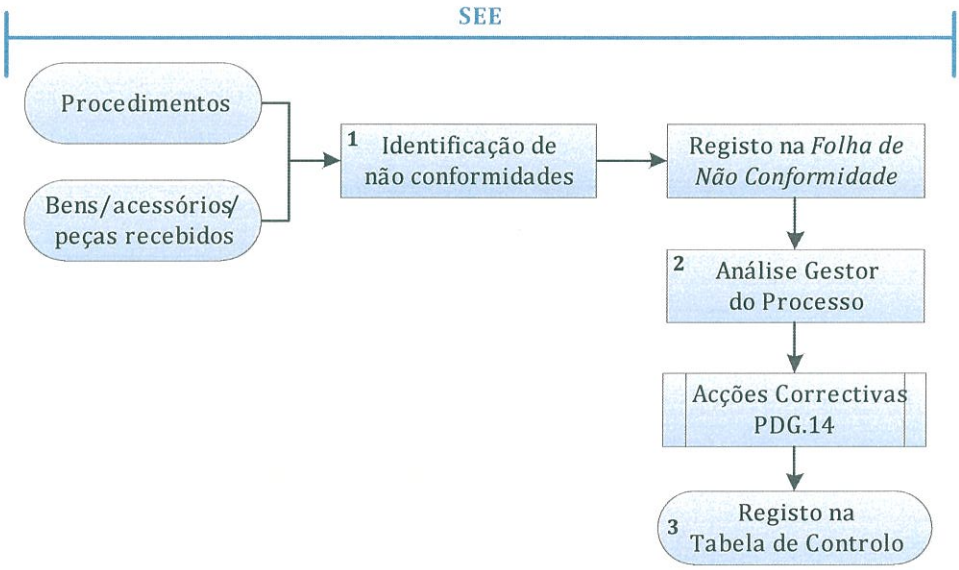
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
RG	Representante da Gestão
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade

Indicadores

Não aplicável.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng.º CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Identificação de não conformidades na realização dos procedimentos ou nos Bens, acessórios ou peças recepcionados. Preenchimento da informação no SEE.15 Não Conformidade e envio ao Gestor do Processo.	Todos os colaboradores	SEE.15
2	Análise das não conformidades identificadas e apuramento da origem das suas causas pelos gestores de processo. Desencadeamento das acções correctivas necessárias, conforme **PDG.14**.	Gestor de Processo	PDG.14
3	Digitalização das folhas para o seguinte directório: \\172.20.91.2\see$\SGQ\Gestão da Melhoria\Não conformidades\ano. Registo da reclamação na Tabela de Controlo de Não Conformidades (MT10).	RG/ HPQ	MT10

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng.º CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDG.13 TRATAMENTO DE RECLAMAÇÕES

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Definir o procedimento a adoptar em situação de reclamação.

Âmbito

Aplica-se à gestão da melhoria no âmbito do SGQ do SEE.

Definições e Abreviaturas

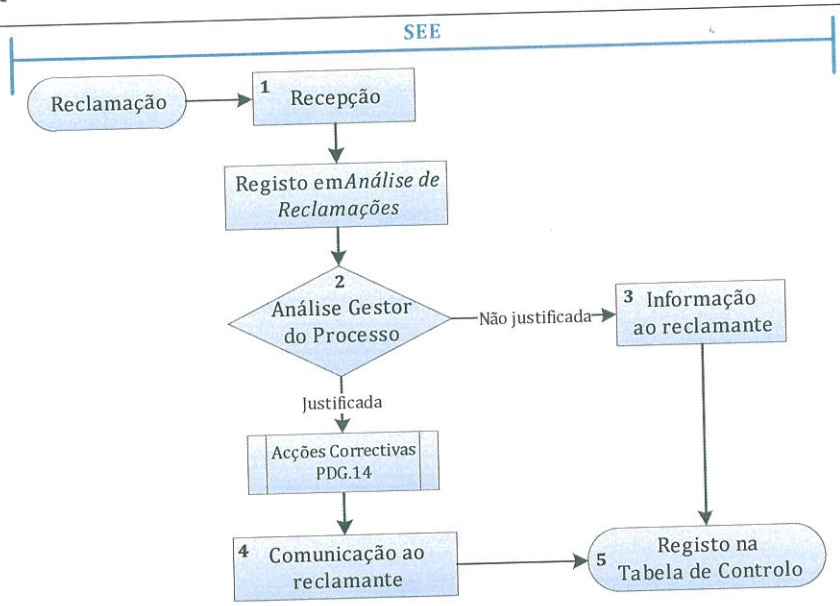
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade

Reclamação – refere-se às situações que envolvem a manifestação de insatisfação por parte dos clientes.

Indicadores

- Atraso (em dias) no cumprimento do prazo máximo para análise das reclamações (30 dias úteis)

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Recepção das reclamações por qualquer colaborador, independentemente da sua origem ou modo de envio. Preenchimento da informação no SEE.16 Reclamações e envio ao Gestor do Processo.	SEE	SEE.16
2	Análise das causas das reclamações pelos gestores de processo e decisão relativamente à sua justificação ou não, num prazo máximo de 30 dias úteis.	Gestor de Processo	
3	Caso se considere não justificada, informação ao reclamante do tratamento dado à reclamação.	RG/ HPQ	
4	Caso seja justificada, procede-se conforme **PDG.14** e comunica-se ao reclamante a acção correctiva definida.		
5	Digitalização das reclamações para o seguinte directório: \\172.20.91.2\see$\SGQ\Gestão da Melhoria\Reclamações\ano. Registo da reclamação na Tabela de Controlo de Reclamações (MT11).		MT11

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
HOSPITAL DE MAGALHÃES CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDG.14 ACÇÕES CORRECTIVAS

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Descrever as actividades associadas à realização de acções correctivas no sentido da eliminação das causas de não conformidades.

Âmbito

Aplica-se à gestão da melhoria no âmbito do SGQ do SEE.

Definições e Abreviaturas

RG	Representante da Gestão
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade

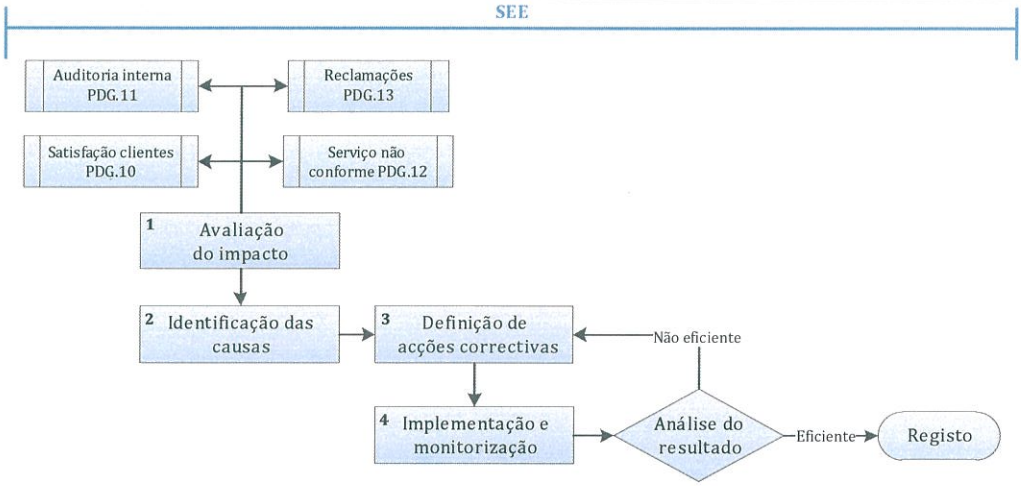
Acção correctiva – acção realizada com o objectivo de eliminar as causas de não conformidades/reclamações ocorridas.

Indicadores

- Atraso (em dias) no cumprimento do prazo definido para a implementação das acções correctivas

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Análise da informação resultante do tratamento de reclamações (**PDG.13**), do controlo de não conformidades (**PDG.12**), da auditoria interna (**PDG.11**) e da avaliação da satisfação dos clientes (**PDG.10**) e avaliação do impacto da ocorrência.	RS/RG	PDG.10/ PDG.11/ PDG.12/ PDG.13
2	Apuramento das causas da ocorrência junto do gestor de processo e/ou colaborador envolvido.		
3	Definição de um plano de acção correctivo das causas identificadas, com o objectivo de evitar que o problema identificado se repita. Indicação de prazo para a sua implementação.	RG/ RS/ Gestor de Processo	
4	Implementação pelo Gestor de Processo das acções definidas, sendo o processo monitorizado pelo RG, de forma a garantir a sua eficiência e correcta finalização. Caso não se considere as causas da reclamação/não conformidade eliminadas, procede-se à definição de novas acções correctivas. Caso contrário, registam-se as acções correctivas realizadas, a sua origem, a data de encerramento e o resultado obtido (SEE.17 Acção de Melhoria).		SEE.17

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDG.15 ACÇÕES PREVENTIVAS

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Descrever as actividades associadas à realização de acções preventivas no sentido da eliminação das causas de potenciais não conformidades.

Âmbito

Aplica-se à gestão da melhoria no âmbito do SGQ do SEE.

Definições e Abreviaturas

RG	Representante da Gestão
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade

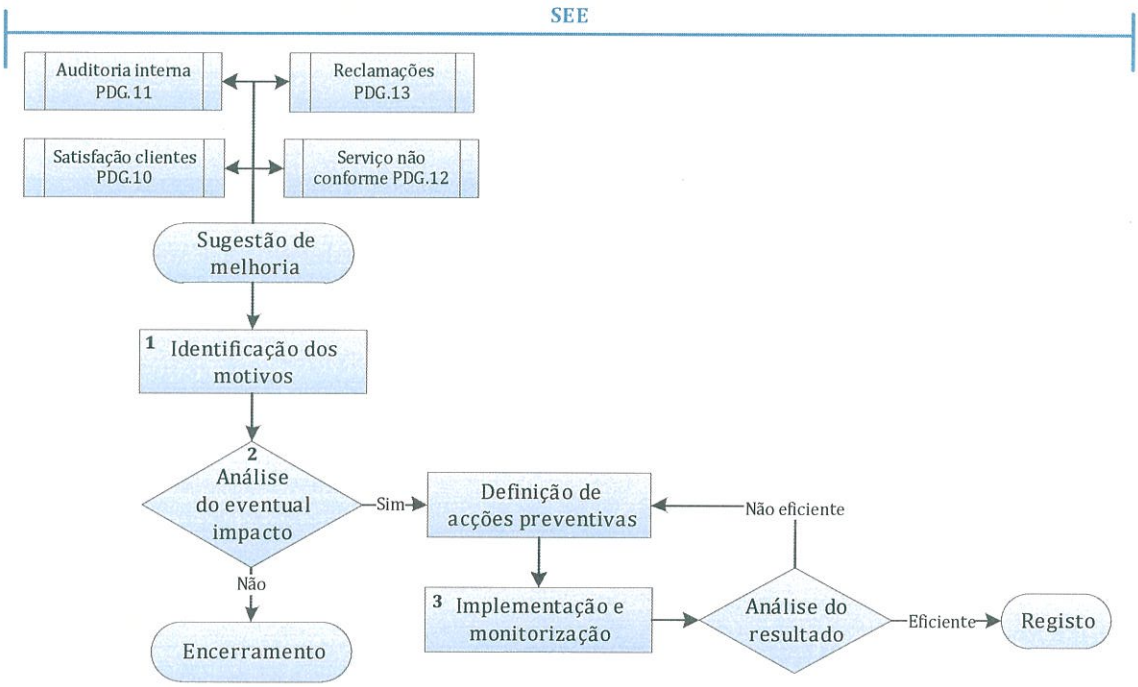
Acção preventiva – acção realizada com o objectivo de eliminar as causas potenciais de não conformidades.

Indicadores

- Atraso (em dias) no cumprimento do prazo definido para a implementação das acções preventivas

CHVNG/E, E.P.E.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6138
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Identificação dos motivos que originaram as sugestões de melhoria resultantes do tratamento de reclamações (**PDG.13**), do controlo de não conformidades (**PDG.12**), da auditoria interna (**PDG.11**) e da avaliação da satisfação dos clientes (**PDG.10**). Identificação de eventuais falhas nos processos.	RG/ RS/ Gestor de Processo	PDG.10/ PDG.11/ PDG.12/ PDG.13
2	Análise do impacto das eventuais falhas na conformidade da actividade do Serviço e da necessidade de introduzir alterações preventivas nos processos. Caso não se considere relevante, encerra-se o procedimento. Caso contrário, define-se um plano de acção preventivo, identificando as melhorias a introduzir no funcionamento dos processos, com o objectivo de prevenir a ocorrência de não conformidades. Definição de prazo para a sua implementação.		

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. [illegible]
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6196
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
3	Implementação pelo Gestor de Processo das acções definidas, sendo o processo monitorizado pelo RG, de forma a garantir a sua eficiência e correcta finalização. Caso não se considere as causas potenciais da não conformidade eliminadas, procede-se à definição de novas acções preventivas. Caso contrário, registam-se as acções preventivas realizadas, a sua origem, a data de encerramento e o resultado obtido (SEE.17 Acção de Melhoria).	RG/ Gestor de Processo	SEE.17

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. [illegible]
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

3. *Helpdesk*, Planeamento e Qualidade

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDS.01 ELABORAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO

Coordenação

Helpdesk, Planeamento e Qualidade

Objectivo

Definir a metodologia a adoptar na elaboração de Impressos, Documentos e Registos do Sistema de Gestão de Qualidade, de forma a garantir a sua uniformidade de estrutura e a correcta codificação e registo de alterações.

Âmbito

Aplica-se a toda a actividade de elaboração de documentação do Sistema de Gestão da Qualidade.

Definições e Abreviaturas

Dep.	Departamento
Resp.	Responsável
CHVNG/E	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
DAI	Departamento de Apoio ao Imobilizado
DCAE	Departamento de Controlo Ambiental e Energético
DEM	Departamento de Electromedicina e Manutenção
HPQ	*Helpdesk,* Planeamento e Qualidade
MF	Manual de Funções
MGQ	Manual de Gestão da Qualidade
MP	Manual de Processos
MPD	Manual de Procedimentos
RG	Representante da Gestão
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade

CHVNG/E, E.P.E. Eng. [illegible] Responsável do Serviço Nº Mec. 6198 SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Impresso – Formato base para a elaboração de documentos ou para o preenchimento de registos.

Documento – Informação e respectivo meio de suporte (aqui considerado como passível de ser papel, magnético, electrónico, fotografia ou amostra de referência, ou uma das suas combinações).

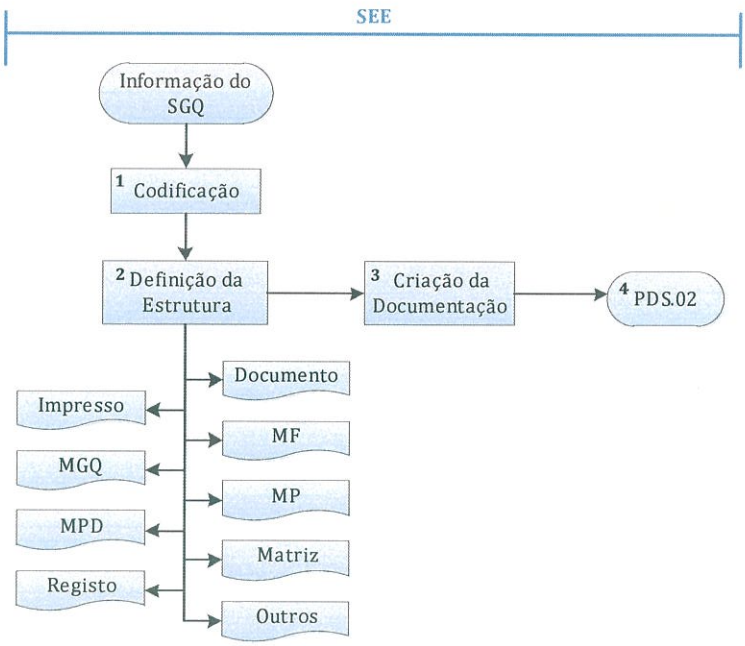
Registo – Documento que traduz resultados e/ou evidências das actividades realizadas.

Documentação – Designação para o conjunto de impressos, documentos e registos do Sistema de Gestão da Qualidade.

Indicadores

- Número de não conformidades detectadas na documentação

Fluxograma



CHVNG/E, E.P.E.
HOSPITAL SAMEN CRUCE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Impressos: SEE.99.99 Matriz: MT99. 99 Manual: ABREVIATURA.99.99.99 Processo: ABREVIATURA.99 Procedimento: ABREVIATURA.99 Em que: 99 – Número de secção 99 – Número sequencial 9 – Edição (1 a 9) 9 – Revisão (0 a 9) A documentação é paginada no formato Página x/y, em que x é o número de página e y é o número total de páginas; e datada no formato DD/MM/AAAA.	RG	
2	Toda a documentação deve conter a seguinte informação na sua estrutura: ▪ **Cabeçalho** (da esquerda para a direita) Ξ Logótipo do CHVNG/E Ξ Identificação do Serviço Ξ Título (e Subtítulo se aplicável) Ξ Código Ξ Paginação ▪ **Rodapé** (da esquerda para a direita) Ξ Quem elaborou e data de elaboração Ξ Código do Impresso Ξ Quem verificou e data de verificação Ξ Quem aprovou e data de aprovação		
2	Relativamente ao corpo da documentação: ▪ **Impresso** – estrutura livre	RG	

CHVNG/E, E.P.E.
DR. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
	▪ **Matriz** – estrutura baseada no impresso SEE.01 ▪ **Registo** – estrutura livre ▪ **MF** – estruturado (SEE.02 e SEE.05) em: Ξ Controlo do Documento; Ξ Promulgação do Manual de Funções Ξ Índice Ξ 1 Introdução Ξ 2 Organigrama Ξ 3 Matriz de Competências Ξ 4 Descrição de Funções ▪ **MGQ** – estruturado (SEE.02) em: Ξ Controlo do Documento Ξ Promulgação do Manual de Gestão da Qualidade Ξ Índice Ξ 1 Introdução Ξ 2 Apresentação da Organização Ξ 3 Sistema de Gestão da Qualidade Ξ 4 Abordagem por Processos Ξ 5 Aplicação dos Requisitos da Norma ▪ **MP** – estruturado (SEE.02 e SEE.03) em: Ξ Controlo do Documento Ξ Promulgação do Manual de Processos Ξ Índice Ξ 1 Introdução Ξ 2 Processos de Gestão Ξ 3 Processos Operacionais Ξ 4 Processos de Suporte		
2	▪ **MPD** – estruturado (SEE.02 e SEE.04) em: Ξ Controlo do Documento Ξ Promulgação do Manual de Procedimentos Ξ Índice Ξ 1 Introdução Ξ 2 Responsável de Serviço Ξ 3 *Helpdesk*, Planeamento e Qualidade Ξ 4 Dep. de Apoio ao Imobilizado	RG	

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
	Ξ 5 Dep. de Electromedicina e Manutenção Ξ 6 Dep. de Controlo Ambiental e Energético ▪ **Outros documentos** – estrutura livre		
3	Toda a documentação é verificada pelo Representante da Gestão e aprovada pelo RS. **Impressos/Matrizes/Registos** Quando é detectada a necessidade de criação de um novo impresso/matriz/registo, o Resp. HPQ elabora a sua estrutura (conjuntamente com o colaborador requerente), atribui o código e insere no SGQ. **Documentos de Origem Interna** Quando é detectada a necessidade de um Documento regulador de uma determinada actividade o Resp. HPQ é responsável pela definição do tipo de documento e do código a atribuir. Depois de criado é inserido no SGQ. **Documentos de Origem Externa** A legislação, regulamentação e/ou outros documentos considerados relevantes para o SGQ emitidos por entidades externas ao SEE são recepcionados pelo Resp. HPQ, que os regista e divulga conforme aplicável.	RG/ RS	
4	Seguimento segundo o descrito em PDS.02.	RG	PDS.02

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ, E.P.E.
Eng. CASSIEN CHOISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6108
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDS.02 GESTÃO DA DOCUMENTAÇÃO

Coordenação

Helpdesk, Planeamento e Qualidade

Objectivo

Definir a metodologia a adoptar na gestão e actualização do arquivo da documentação, de forma a assegurar a conformidade do seu conteúdo, a sua divulgação e disponibilização para consulta, bem como a realização de cópias de segurança.

Âmbito

Aplica-se a todos os Impressos, Documentos e Registos do SGQ.

Definições e Abreviaturas

Resp. Responsável

PQ Planeamento e Qualidade
SGQ Sistema de Gestão da Qualidade
SSTI Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

Impresso – Formato base para a elaboração de documentos ou para o preenchimento de registos.

Documento – Informação e respectivo meio de suporte (aqui considerado como passível de ser papel, magnético, electrónico, fotografia ou amostra de referência, ou uma das suas combinações).

Registo – Documento que traduz resultados e/ou evidências das actividades realizadas.

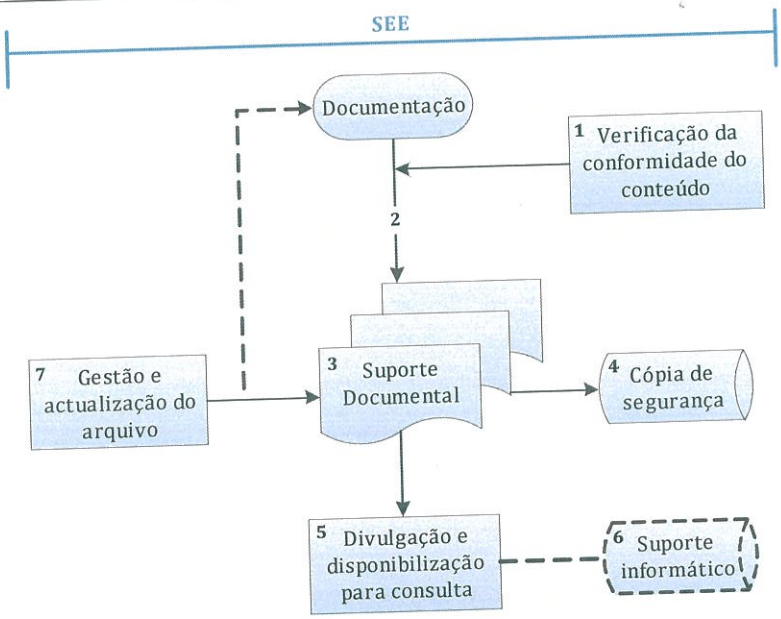
Documentação – Designação para o conjunto de impressos, documentos e registos do Sistema de Gestão da Qualidade.

Indicadores

- Nível de actualização dos arquivos

CHVNG/E, E.P.E.
Eng.º CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Verificação da conformidade do conteúdo – código, estrutura, registo de alterações – da documentação em relação às regras definidas.	HPQ/ RG	PDS.01
2	Arquivo no suporte documental, com o registo na matriz correspondente. Quando adequada a anexação a um manual, procede-se à actualização da respectiva edição deste e dos dados na matriz de documentos.		MT.01 a MT.04/ MGQ/MPD MF/MP
3	Conjunto de toda a documentação do SGQ, constituído pelo Manual de Gestão da Qualidade, Manual de Processos, Manual de Procedimentos, Manual de Funções, Legislação e Regulamentação e outros documentos necessários à sua actividade.		
4	Realização de cópia de segurança em suporte de papel de toda a documentação (ao cuidado do Resp. HPQ). Com excepção desta cópia, a documentação em suporte de papel (excepto os impressos) apenas têm validade na data de impressão.		

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
5	Garantia de uma eficiente divulgação e disponibilização interna da documentação. O Resp. HPQ é responsável pela autorização de cópias, que deverão ficar registadas na Matriz de Registo de Cópias (MT.05). Todas as cópias com distribuição não controlada deverão ser identificadas através de carimbo com a menção "Cópia não controlada" em todas as páginas do documento. O controlo e utilização das cópias de trabalho são da responsabilidade do utilizador.	HPQ/ RG	MT.05
6	Disponibilização de toda a documentação em suporte informático no Centro de Dados. São efectuadas cópias de segurança diárias, que são garantidas pelo SSTI.		PDS.01
7	Actualização do suporte documental do SGQ. Esta inclui a monitorização das alterações e revisões efectuadas (registadas pela actualização do estado de revisão no código da documentação). As alterações devem ser identificadas no final de cada documento, sendo materializadas na actualização do estado de edição no código da documentação. Gestão da documentação obsoleta. Quando em suporte de papel, os obsoletos devem ser identificados na 1ª página com a informação "Obsoleto". No caso do suporte informático procede-se à remoção para o Centro de Dados, acrescentando ao nome a designação de "Obsoleto" e a data da classificação. A documentação obsoleta é mantida pelo período de tempo definido na Matriz de Registos (MT.04), ao fim do qual é destruída, assegurando a não utilização da informação de forma abusiva por terceiros.		MT.04

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

SAMU/E, E.P.E.
Eng.º CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDS.03 CONTROLO DOS REGISTOS

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Definir o procedimento aplicado no controlo dos registos do SGQ do SEE.

Âmbito

Aplica-se a todos os Registos do SGQ.

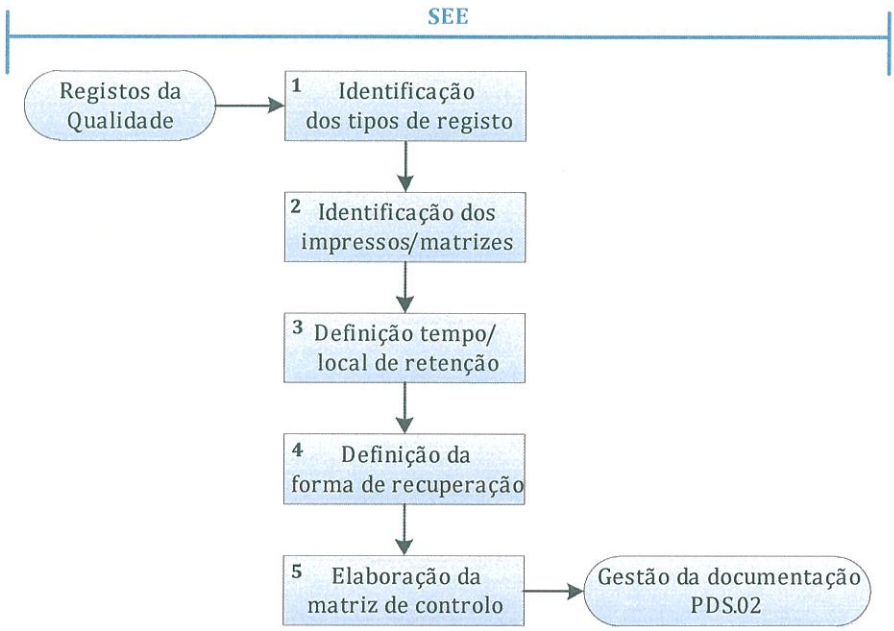
Definições e Abreviaturas

RG	Representante da Gestão
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade

Indicadores

- Número de não conformidades no armazenamento e protecção dos registos

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Identificação dos tipos de registo, com o objectivo de formar grupos de controlo e arquivo.	RG	
2	Associação dos grupos de registos dos impressos/matrizes correspondentes, aplicados na realização do registo.		
3	Definição do tempo e do local de retenção em arquivo vivo, de forma a assegurar a sua integridade e confidencialidade.		
4	Identificação da forma de recuperação à qual os colaboradores devem recorrer para aceder aos registos.		
5	Elaboração da matriz de controlo (MT04) com a informação definida. Realização da gestão do arquivo de registo conforme as condições definidas e o procedimento de gestão da documentação (**PDS.02**).		MT04/ PDS.02

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

Procedimento Documentado:

PDS.04 GESTÃO DE INFRAESTRUTURAS

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Determinar e assegurar a manutenção das infraestruturas necessárias ao conforme desempenho da actividade do SEE.

Âmbito

Aplica-se à gestão de recursos do SEE.

Definições e Abreviaturas

Resp.	Responsável
CA	Conselho de Administração ou o órgão em que delegar
RG	Representante da Gestão
RS	Responsável de Serviço
SAL	Serviço de Aprovisionamento e Logística
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SOI	Serviço de Obras e Instalações
SSHST	Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho
SSTI	Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

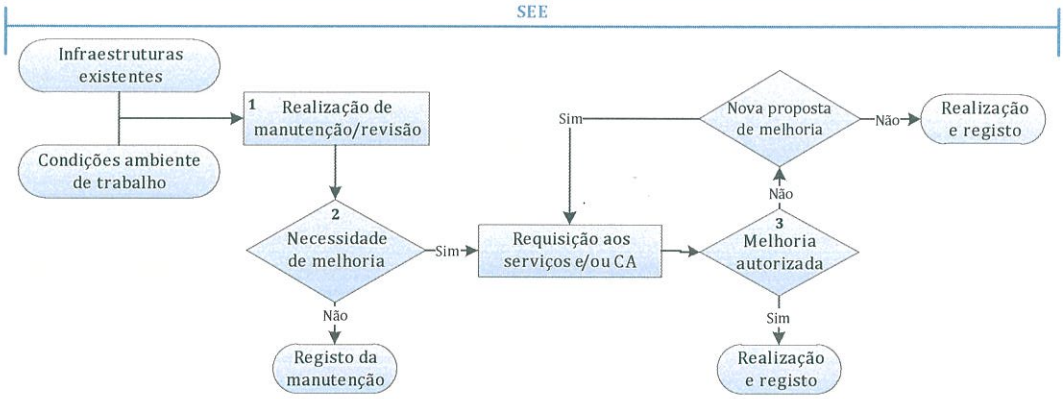
Infraestrutura – sistema de instalações, equipamentos e serviços necessários para o funcionamento de uma Organização.

Indicadores

- Nível de actualização dos arquivos
- Cumprimento da manutenção/revisão anual
- Grau de adequação das infraestruturas/condições de trabalho existentes

CHVNG/E, E.P.E.
DR. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Realização da manutenção às infraestruturas do Serviço e da revisão às condições do ambiente de trabalho, de forma a garantir a sua adequação e conformidade. Deve ser realizada pelo menos uma vez por ano, excepto no caso em que as infraestruturas são abrangidas pela manutenção planeada.	RG/ RS	Plano de Actividades SEE
2	Durante a manutenção/revisão, avaliação da necessidade de melhoria das infraestruturas e/ou das condições do ambiente de trabalho. Estas podem incluir a necessidade de expansão de instalações e a aquisição ou substituição de equipamentos e materiais. Caso não sejam identificadas necessidades de melhoria, efectua-se o registo na MT12 Revisão Infraestruturas. Caso contrário efectua-se o pedido aos serviços responsáveis (SAL, SSTI, SOI e SSHST) e/ou ao CA.		MT12
3	Após avaliação da viabilidade da melhoria proposta, caso seja aceite, procede-se à sua realização e registo na MT12. Caso contrário, o RS e o RG analisam a possibilidade de reformulação/renovação da proposta. Se for viável procede-se a novo pedido aos serviços e/ou CA, se não regista-se a não possibilidade na MT12.	SAL/ SSTI/ SOI/ SSHST/ CA/ RS/ RG	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CLAUDE SSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDS.05 SELECÇÃO DE FORNECEDORES

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Definir os pontos a considerar no procedimento de selecção de fornecedores realizado pelo SEE.

Âmbito

Aplica-se à gestão da relação com os fornecedores.

Definições e Abreviaturas

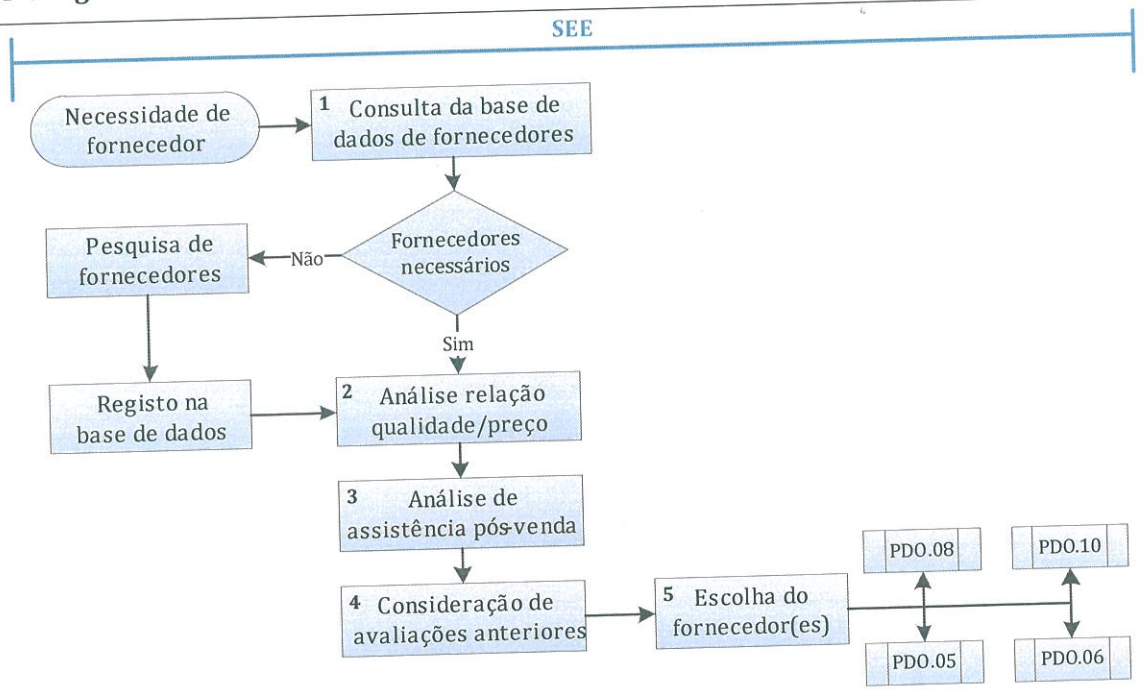
Resp.	Responsável
DAI	Departamento de Apoio ao Imobilizado
DCAE	Departamento de Controlo Ambiental e Energético
DEM	Departamento de Electromedicina e Manutenção
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SLA	Service Level Agreement

Indicadores

- Nível de actualização da base de dados de fornecedores

CHVNG/E, E.P.E.
EDG. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Consulta da base de dados com a informação dos fornecedores já contactados, de forma a analisar a disponibilidade dos fornecedores necessários para contacto. Caso não existam, pesquisa de fornecedores para a resolução da necessidade identificada – aquisição, reparação, manutenção – tendo em conta os requisitos técnicos e funcionais envolvidos. Registo dos dados do(s) fornecedor(es) na base de dados. Caso existam procede-se imediatamente ao estabelecimento de contacto não vinculativo.	HPQ	Software de gestão de OTs
2	Análise da relação qualidade/preço, tendo em conta as possíveis propostas e as referências do fornecedor (por exemplo, tempo no mercado, certificação, nível do produto/serviço prestado).	RS	
3	Análise da assistência pós-venda, quer ao nível das condições de garantia e manutenção oferecidas, quer ao nível da rapidez e da capacidade de cumprir prazos (verificação do SLA oferecido). Análise das características do software, quando aplicável.	RS/ Gestores de Processo	

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
4	Consulta e análise dos registos da avaliação de fornecedores, e consideração da informação na escolha, quando disponível.	RS	
5	Escolha do(s) fornecedor(es), de forma a alcançar a relação qualidade/preço/prazo óptima. Encaminhamento da informação para os procedimentos de orçamentação (**PDO.05/PDO.06**), de definição de CATs (**PDO.08**) e de aquisição de Bens (**PDO.10**).	RS/ HPQ	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDS.06 AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Definir a metodologia de avaliação de fornecedores a aplicar pelo SEE.

Âmbito

Aplica-se à gestão da relação com os fornecedores.

Definições e Abreviaturas

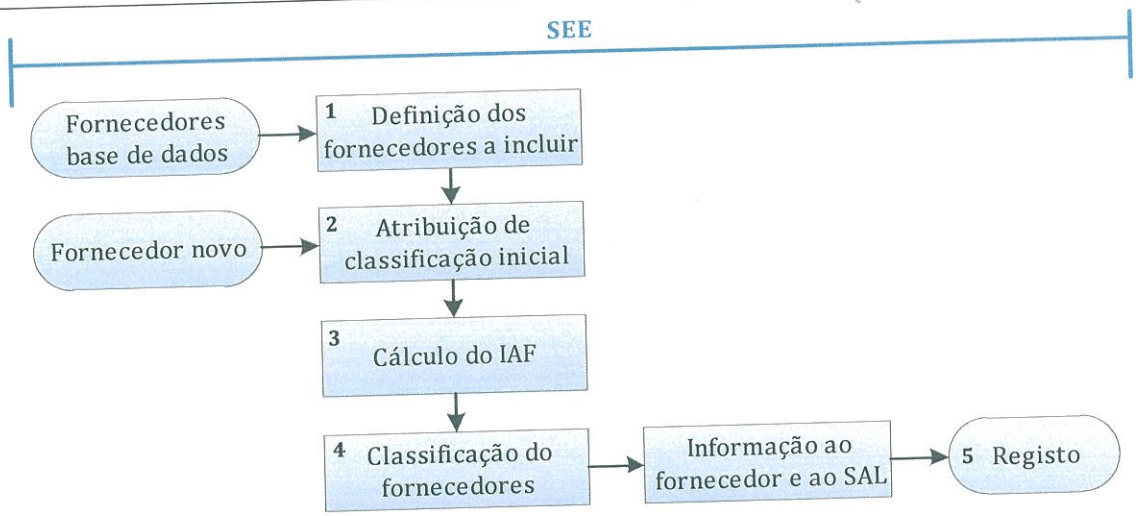
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
IAF	Índice de Avaliação de Fornecedores
RG	Representante da Gestão
RS	Responsável de Serviço
SAL	Serviço de Aprovisionamento e Logística
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade

Indicadores

- Não conformidade no cumprimento da periocidade de realização de avaliação aos fornecedores

CHVNG/E, E.P.E.
ENG. CARLOS BEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Definição dos fornecedores da base de dados cuja avaliação é relevante no âmbito da actividade e do SGQ do SEE. A avaliação deve ser realizada anualmente.	RS/ RG	
2	Atribuição de classificação inicial de 100 pontos aos fornecedores já registados e aos novos.	RG	
3	Cálculo do IAF, segundo a MT.13 Avaliação de Fornecedores, considerando os seguintes itens a avaliar: número de não conformidades no produto/serviço fornecido; número de reclamações ao fornecedor e desempenho de entrega. O valor do índice é obtido pela soma dos pontos atribuídos nos itens avaliados.		MT.13
4	Classificação dos fornecedores consoante o valor de IAF atribuído: Nível A – superior a 75 pontos; Nível B – entre 40 a 74 pontos; Nível C – 0 a 39 pontos. Emissão de relatório final e comunicação aos fornecedores e ao SAL do resultado da avaliação do SEE aos fornecedores.	RG/ HPQ	

CHLMNG/E, E.P.E.
José CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICIN

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
5	Digitalização das matrizes de avaliação e do relatório para o seguinte directório: \\172.20.91.2\see$\SGQ\Fornecedores\Avaliação\ano.	HPQ	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

Procedimento Documentado:

PDO.01 ATENDIMENTO DAS REQUISIÇÕES INTERNAS

Coordenação

Helpdesk, Planeamento e Qualidade

Objectivo

Estabelecer o procedimento de relacionamento com o cliente, através da recepção de requisições internas dos vários serviços do CHVNG/E no *helpdesk* e emissão de OTs.

Âmbito

Aplica-se a toda a actividade de identificação e geração de resposta às necessidades do cliente do SEE.

Definições e Abreviaturas

CAT	Contrato de Assistência Técnica
CHVNG/E	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
OT	Ordem de Trabalho
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SOI	Serviço de Obras e Instalações
SSTI	Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação
SR	Serviço Requisitante

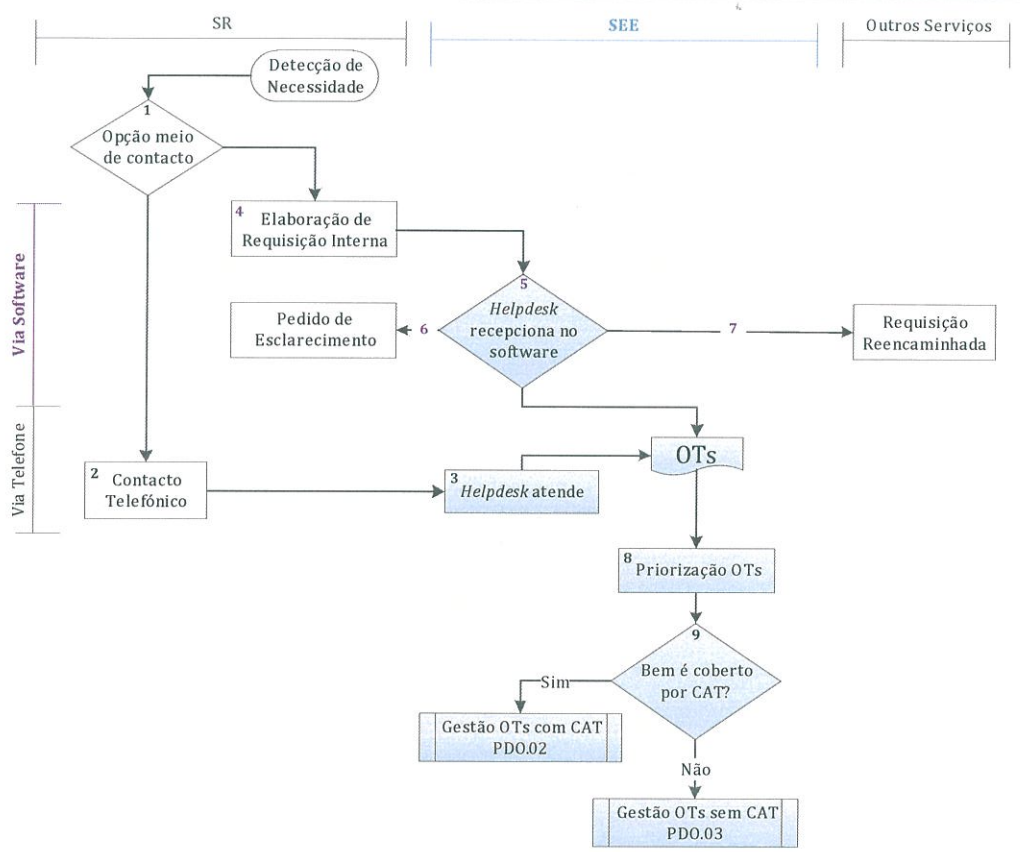
Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

Indicadores

- Nível de satisfação do Cliente com o atendimento
- Tempo de geração das OTs a partir da requisição
- Percentagem de OTs atendidas

CHVNG/E, E.P.E.
Eng.º CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Detecção de uma necessidade num serviço do CHVNG/E e comunicação ao *helpdesk*, optando preferencialmente pela elaboração de requisição interna no software de Gestão de OTs. Caso contrário, efectuar o contacto via telefone.	SR	
	Via Telefone		
2	Identificação da necessidade via telefone, devendo o SR explicar da forma mais clara possível o problema, com indicação de dados-chave, como o número de inventário, o centro de custo, a localização e o contacto a utilizar para eventuais esclarecimentos, quando aplicável. Caso tenha conhecimento do assistente para a reparação, o SR pode dar essa indicação ao *Helpdesk*.	SR	

CHVNG/E, E.P.E.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
3	Atendimento da chamada pelo *helpdesk*, que procede à criação de uma OT para a resolução do problema, com base na informação recebida.	*Helpdesk*	
	Via Software de Gestão de OTs		
4	Elaboração de uma requisição interna no software de Gestão de OTs, onde deve ser indicado o assunto (equipamento, equipamento não definido, equipamento indiferenciado ou infra-estrutura) e o tipo (normal, urgente, muito urgente e emergente), com uma descrição anexa, e a identificação do equipamento de forma completa (quando aplicável), bem como do serviço requisitante e do centro de custo associado. Deve constar também o *email* e o telefone a utilizar pelo *helpdesk* em contacto posterior com o SR. Caso tenha conhecimento do assistente para a reparação, o SR pode dar essa indicação ao *Helpdesk*.	SR	
5	Recepção e análise da requisição pelo SEE no software de Gestão de OTs. No caso de a requisição ser referente a um equipamento, procede-se sempre à conferência da correspondência entre os dados do equipamento/descrição indicada pelo SR e a informação constante no inventário do SEE.	*Helpdesk*	
6	Contacto telefónico com o SR quando a informação constante não é clara ou está incompleta, não permitindo o processamento do pedido.		
7	Reencaminhamento das requisições para outros serviços, quando a resposta a estas não é da tutela do SEE ou do SOI (ex: SSTI).		
	Procedimento Comum		
8	Priorização das OTs com base na matriz pré-definida para o efeito, considerando *inputs* das áreas técnicas se necessário. Realização de controlo da ocorrência de segundas vias.	*Helpdesk*	
9	Identificação se o Bem tem ou não cobertura de CAT. Caso tenha proceder conforme o **PDO.02** – Gestão de		PDO.02/ PDO.03

CHVNG/E, E.P.E.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6188
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
	OTs com CAT. Caso contrário, proceder segundo o **PDO.03** – Gestão de OTs sem CAT.		

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.02 GESTÃO DE OTS COM CONTRATO DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA

Coordenação

Helpdesk, Planeamento e Qualidade

Objectivo

Estabelecer o procedimento de encaminhamento e monitorização de OTs com cobertura de CAT com mão-de-obra correctiva incluída, realizado pelo *helpdesk*.

Âmbito

Aplica-se a toda a actividade de geração de resposta às necessidades do cliente do SEE.

Definições e Abreviaturas

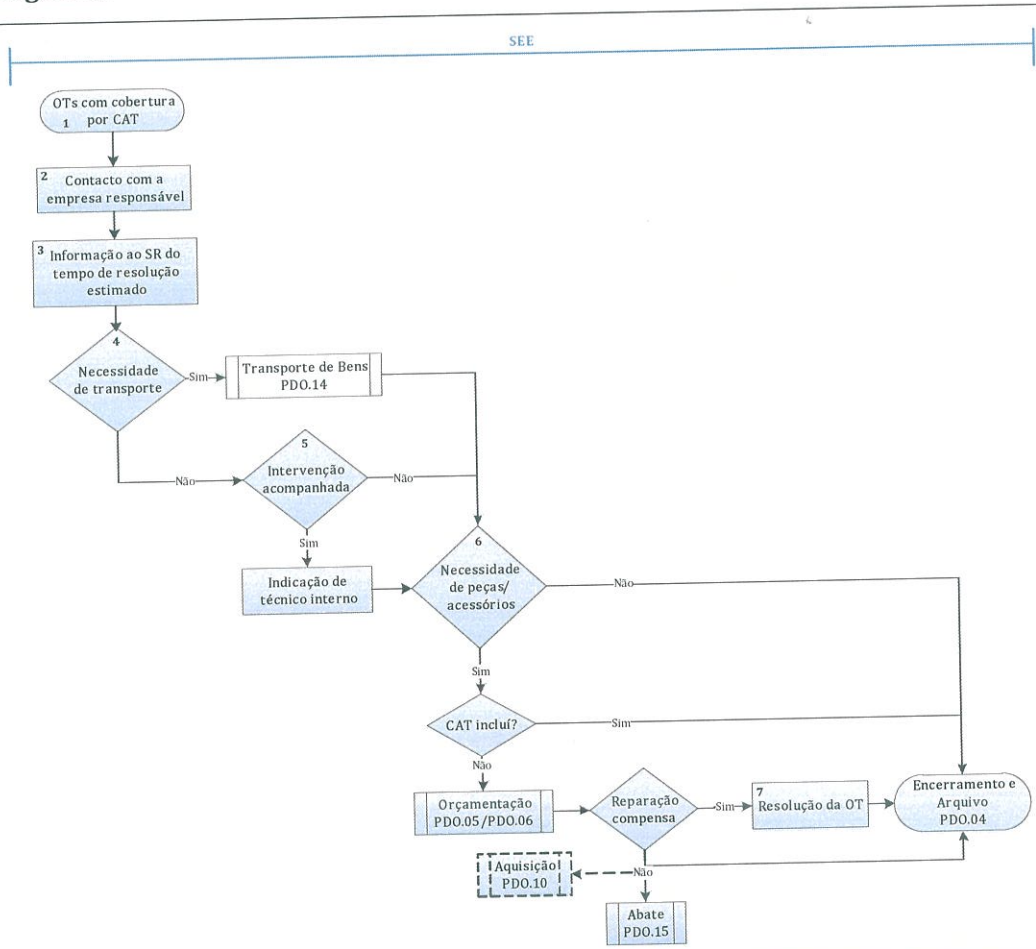
CAT	Contrato de Assistência Técnica
OT	Ordem de Trabalho
PAT	Prestador de Assistência Técnica
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
UGI	Unidade de Gestão Integrada

Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

Indicadores

- Tempo entra a geração das OTs e o contacto com as empresas
- Tempo entre o contacto com as empresas e a resolução das OTs
- Percentagem de OTs resolvidas das geradas

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	OT relativa a um Bem com cobertura por CAT com mão-de-obra correctiva incluída.	*Helpdesk*	
2	Contacto efectuado pelo *helpdesk* com a empresa externa responsável via fax, telefone e/ou email, com informação da prioridade da OT e de que este se deve deslocar ao SR, excepto quando a OT é referente à Unidade I. Nesta situação, o técnico deve se deslocar primeiramente às instalações do SEE. Sempre que possível o dia e a hora para a realização da intervenção devem ser agendados previamente.		
3	Estimativa do tempo de diagnóstico esperado realizada pelo *helpdesk*, mediante a resposta da empresa externa e informação ao SR do tempo estimado, via telefone.	*Helpdesk*	

CHVNGE, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
4	Verificação da necessidade de transporte do Bem. Nos casos em que o Bem é de pequeno porte, o PAT recolhe nas instalações do SEE, procedendo-se conforme **PDO.14** e passar ao **ponto 6**. Nos casos em que seja de grande porte, ou esteja nas Unidades II e III, o fornecedor recolhe o Bem no SR.	PAT/SEE	PDO.14
5	Escolha com base no sistema de controlo definido do acompanhamento à deslocação da empresa pelo técnico interno, excepto nos casos em que a presença deste é imperativa dada à natureza da reparação. Caso seja uma intervenção acompanhada, indicação do técnico interno responsável pela supervisão da totalidade da intervenção.	SEE	
6	Diagnóstico do técnico externo do problema, com avaliação da necessidade de peças/acessórios para a resolução da OT. Caso não seja necessário, proceder conforme o **ponto 7**. Caso contrário, verificar se o CAT inclui ou não peças/acessórios. Caso inclua, passar para o **ponto 7.** Caso não inclua, procede-se à orçamentação e a análise da viabilidade económica da reparação (**PDO.05** ou **PDO.06**). O *helpdesk* efectua o controlo do tempo de recepção do orçamento, segundo a periocidade definida em função da criticidade do Bem. Caso a reparação compense, dá-se continuidade à reparação. Caso contrário, informa-se a UGI relativamente à inviabilidade da reparação, por forma a dar início ao Processo de Abate (**PDO.15**) e, se entendido necessário, ao Processo de Aquisição para a substituição do Bem (**PDO.10**).	PAT/SEE	PDO.05/ PDO.06/ PDO.10/ PDO.15
7	Resolução da OT pelo técnico e encerramento da OT, conforme **PDO.04**.		PDO.04

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. Cristóvão CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.03 GESTÃO DE OTS SEM CONTRATO DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA

Coordenação

Helpdesk, Planeamento e Qualidade

Objectivo

Estabelecer o procedimento de encaminhamento e monitorização de OTs sem cobertura de CAT ou com CAT que só contempla manutenção preventiva, realizado pelo *helpdesk*.

Âmbito

Aplica-se a toda a actividade de geração de resposta às necessidades do cliente do SEE.

Definições e Abreviaturas

Resp.	Responsável
CAT	Contrato de Assistência Técnica
OT	Ordem de Trabalho
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SOI	Serviço de Obras e Instalações
SR	Serviço Requisitante

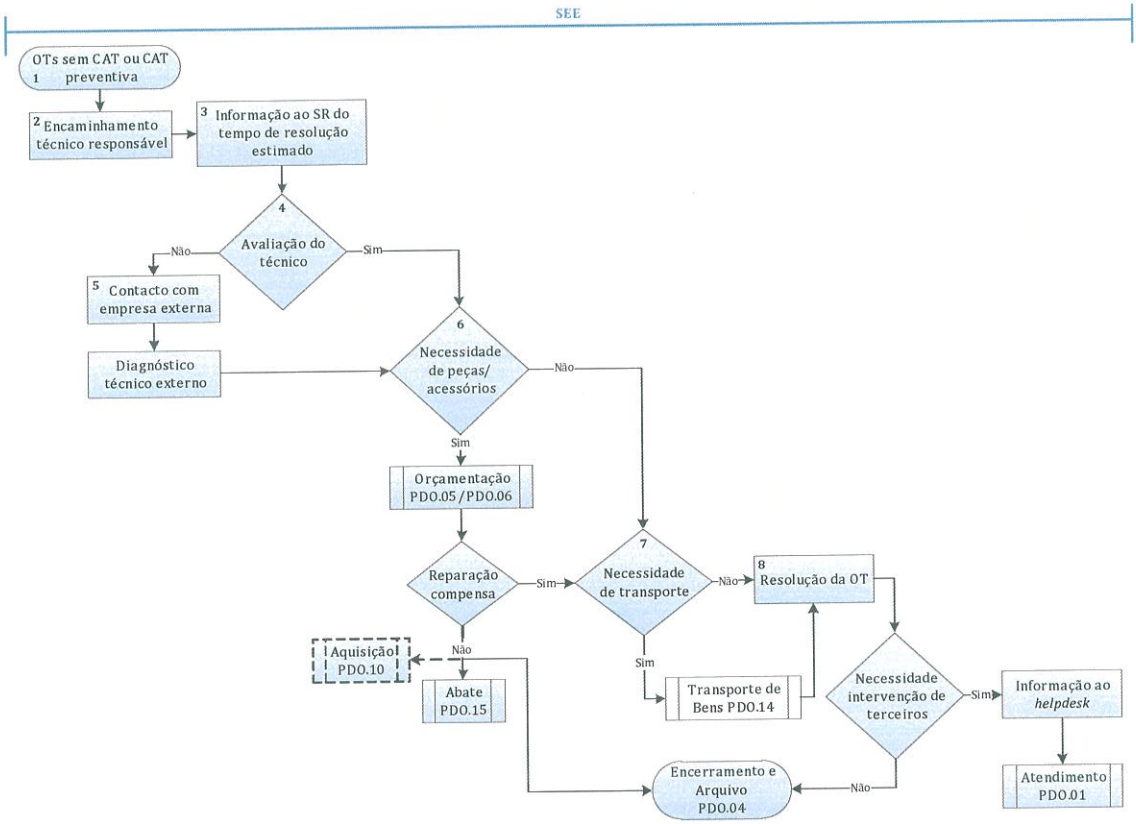
Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

Indicadores

- Tempo entra a geração e a resolução das OTs
- Percentagem de OTs resolvidas das geradas

CHVNG/E, E.P.E.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	OT relativa a um Bem sem cobertura por CAT ou com CAT que só contempla manutenção preventiva.	*Helpdesk*	
2	Triagem e priorização das OTs, para encaminhamento para os diferentes técnicos responsáveis do SEE e para o SOI das da sua tutela.		
3	Estimativa do tempo de resolução esperado realizada pelo *helpdesk*, mediante a resposta do técnico e informação ao SR do tempo estimado, via contacto telefónico.		

...IVNG/E, E.P.E.
...RBIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6108
...ICO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
4	Avaliação do técnico da sua capacidade para resolver o problema, com deslocação ao local se necessário. Caso não consiga resolver, procede-se ao contacto com uma empresa externa.	SEE/ *Helpdesk*	
5	Contacto efectuado pelo *helpdesk* com a empresa externa responsável via fax, telefone e/ou email, com informação da prioridade da OT e de que este se deve deslocar ao SR, excepto quando a OT é referente à Unidade I. Nesta situação, o técnico deve se deslocar primeiramente às instalações do SEE. Sempre que possível o dia e a hora para a realização da intervenção devem ser agendados previamente. Análise da necessidade de acompanhamento à deslocação com base no sistema de controlo definido. Caso seja uma intervenção acompanhada, indicação do técnico interno responsável pela supervisão da totalidade da intervenção. Diagnóstico do técnico externo dos recursos necessários à resolução do problema.	*Helpdesk*	
6	Avaliação da necessidade de peças/acessórios para a resolução da OT. Caso não seja necessário, proceder conforme o **ponto 7**. Caso se verifique, procede-se à orçamentação e a análise da viabilidade económica da reparação (**PDO.05** ou **PDO.06**). O *helpdesk* efectua o controlo do tempo de recepção do orçamento, segundo a periocidade definida em função da criticidade do Bem. Caso a reparação compense, dá-se continuidade à reparação. Caso contrário, informa-se a UGI relativamente à inviabilidade da reparação, por forma a dar início ao Processo de Abate (**PDO.15**) e, se entendido necessário, ao Processo de Aquisição para a substituição do Bem (**PDO.10**).	SEE	PDO.05/ PDO.06/ PDO.10/ PDO.15
7	Verificação da necessidade de transporte do Bem. Sendo este necessário, procede-se conforme **PDO.14**. Nas situações particulares em que os Bens são remetidos directamente para a empresa externa ou em que seja necessário o transporte para avaliação da situação, o presente ponto ocorre **antes** do **ponto 6**.		PDO.14

CHMG/E, E.P.E.
ENG.ª CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6196
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
8	Resolução da OT pelo técnico e verificação da necessidade de intervenção de terceiros. Caso exista, comunicação ao *helpdesk* para criação de OT, segundo o definido a partir do **ponto 2** do **PDO.01**. Caso contrário, procede-se ao encerramento da OT, conforme **PDO.04**.	SEE/ *Helpdesk*	PDO.01/ PDO.04

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
ENG. CARLOS SIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.04 ENCERRAMENTO E ARQUIVO DAS ORDENS DE TRABALHO

Coordenação

Helpdesk, Planeamento e Qualidade

Objectivo

Definir a metodologia aplicada no encerramento e arquivo das OTs, de forma a assegurar a disponibilização da informação relativa à actividade do Serviço em caso de necessidade de consulta.

Âmbito

Aplica-se a toda a actividade de arquivo de informação relativa à gestão de OTs no SEE.

Definições e Abreviaturas

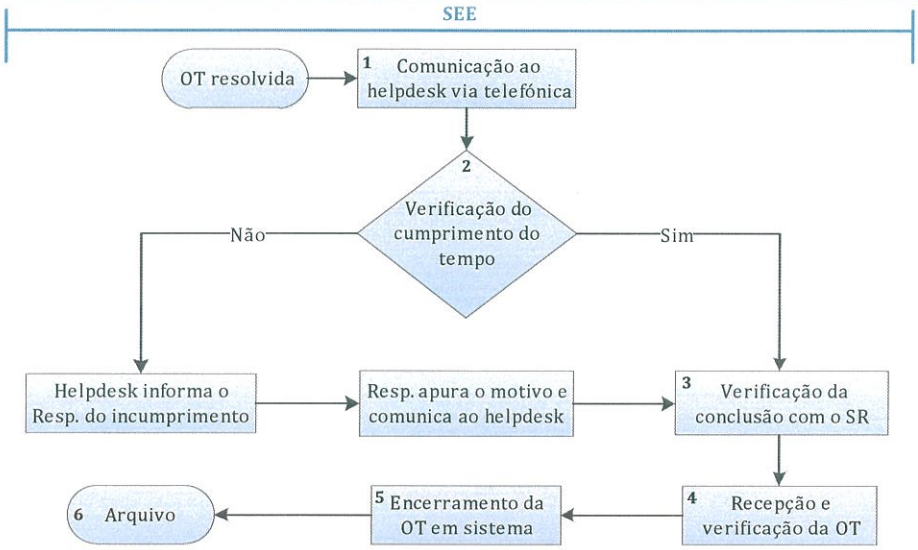
Resp.	Responsável
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
OT	Ordem de Trabalho
RAT	Relatório de Assistência Técnica
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SR	Serviço Requisitante

Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

Indicadores

- Tempo entre a resolução e o encerramento das OTs
- Percentagem de OTs encerradas das atendidas

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Informação via telefónica de fecho provisório da OT.	*Helpdesk*	
2	Verificação por parte do *helpdesk* do cumprimento do tempo estimado para a conclusão da OT. Em caso não conformidade: o *helpdesk* informa o Responsável, que deve apurar junto da equipa envolvida o motivo do atraso e informar o *helpdesk* relativamente ao mesmo.		
3	Verificação via telefone pelo *helpdesk* da conclusão da OT junto do SR.	*Helpdesk*	
4	Recepção e verificação dos dados na OT concluída e no RAT, quando aplicável. <u>OT realizado</u> ▪ Relatório da realização; ▪ Identificação operários/técnico; ▪ Data/horas de trabalho; ▪ Assinatura do técnico responsável; ▪ Assinatura do SR. <u>RAT</u> ▪ Correspondência do descrito com a OT indicada; ▪ Identificação do técnico; ▪ Data da assistência; ▪ Assinatura do responsável e data de recepção.	HPQ	

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
5	Registo no software de Gestão de OTs da informação presente na OT realizado e inserção dos dados de material associado (caso exista); e da indicação do número do RAT e respectiva data, quando se adequa. Procede-se então ao encerramento da OT.	*Helpdesk*	
6	Reunião da informação a anexar à OT para arquivo: OT realizado; RAT validado; e, quando aplicável, cópia do orçamento autorizado e/ou cópia da informação referente à inviabilidade de reparação remetida à UGI ou SR. Arquivo dos documentos na pasta correspondente por ordem crescente do número de OT mensal. As pastas devem ser identificadas por sequência numérica, com indicação do ano/mês e do intervalo de OTs correspondentes.		

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.05 ORÇAMENTAÇÃO DE REPARAÇÕES/SUBSTITUIÇÕES ATÉ 500 €

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Esquematizar o procedimento adoptado para a orçamentação de determinada reparação/substituição de peça/equipamento até ao valor de autonomia de decisão do RS do SEE (500 €).

Âmbito

Aplica-se à actividade de reparação/substituição de peças/equipamentos do âmbito do SEE.

Definições e Abreviaturas

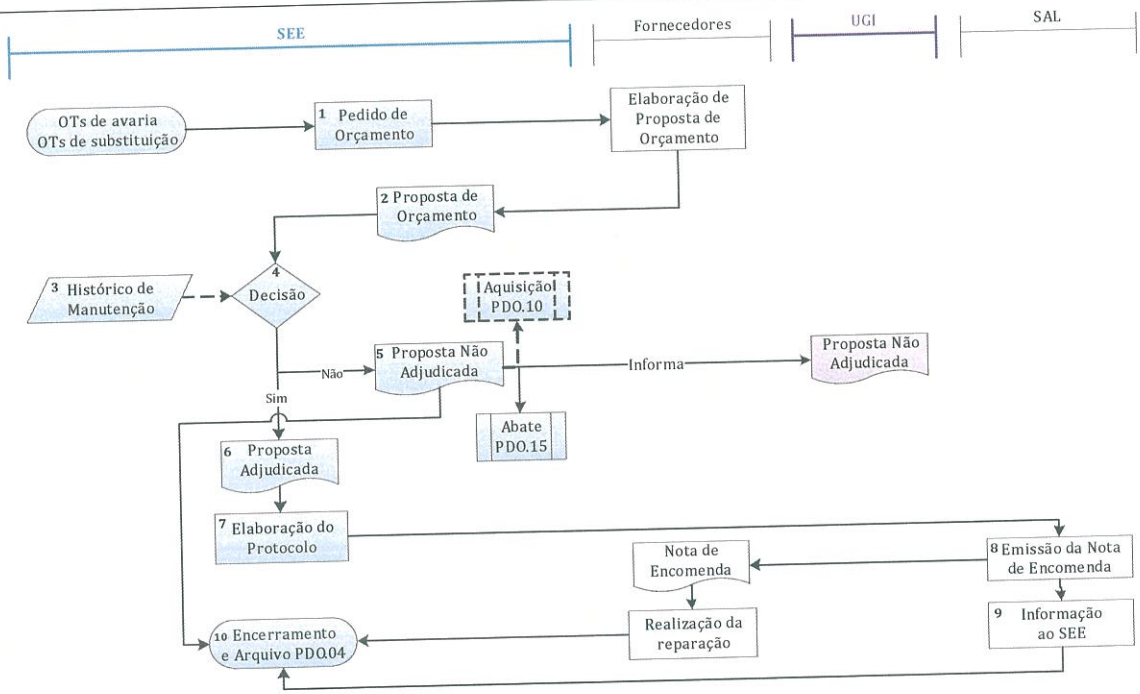
Resp.	Responsável
DAI	Departamento de Apoio ao Imobilizado
DCAE	Departamento de Controlo Ambiental e Energético
DEM	Departamento de Electromedicina e Manutenção
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
OT	Ordem de Trabalho
POT	Pedido de Ordem de Trabalho
RS	Responsável de Serviço
SAL	Serviço de Aprovisionamento e Logística
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
UGI	Unidade de Gestão Integrada

Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

Indicadores

- Tempo de resposta dos fornecedores a pedidos de orçamento
- Tempo entre recepção da proposta do fornecedor no SEE e envio do protocolo ao SAL
- Tempo de emissão da nota de encomenda pelo SAL

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Pedido de orçamento relativo à reparação/substituição de uma peça/equipamento cuja resolução é da responsabilidade do SEE, não existindo em armazém material disponível. O pedido deve ser realizado a pelo menos três fornecedores, sempre que possível, dependendo a sua escolha da natureza da OT e das características do equipamento, recorrendo-se quer à própria marca, quer a fornecedores concorrentes (no caso de peças ou consumíveis, por exemplo).	Resp. HPQ/ *Helpdesk*	

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
2	Recepção das respostas dos fornecedores sob a forma de proposta de orçamento enviada ao SEE.		
3	Análise do histórico de manutenção dos equipamentos quando está em causa um orçamento de reparação, sendo este considerado para a determinação da viabilidade de reparação do Bem. Nesta análise considera-se o valor de aquisição do equipamento, o ano e o montante gasto em manutenções até à data.	Resp. HPQ/ Resp. DAI/ Resp. DCAE/ Resp. DEM	
4	Análise e tomada de decisão sobre a adjudicação da proposta, considerando o valor orçamentado e o histórico de manutenção quando adequado. Sendo o valor até 500 €, a decisão é da tutela do RS.	Resp. HPQ/ RS	
5	Proposta não autorizada por inviabilidade económica. Comunicação via e-mail da decisão à UGI, registo do orçamento como não autorizado no software de Gestão de OTs e arquivo do processo. No caso de uma reparação ser considerada **inviável**, a conclusão é registada e o processo é encerrado **(PDO.04)**, dando-se início ao Processo de Abate **(PDO.15)**. Se entendido necessário, inicia-se o Processo de Aquisição **(PDO.10)** para a compra de um equipamento substituto.	Resp. HPQ/ RS	PDO.04/ PDO.15/ PDO.10
6	Proposta autorizada. Registo do orçamento como autorizado no software de Gestão de OTs.		
7	Envio via e-mail do processo (com todas as propostas de orçamento recebidas) ao SAL, com indicação da OT respectiva no campo de assunto. Criação do código de Pedido de Peça pelo SAL, que é enviado ao SEE para inserção do mesmo no software de Gestão de OTs.	Resp. HPQ/ SAL	
8	Após recepção do processo e da informação de código de Pedido de Peça inserido, é da responsabilidade do SAL dar continuidade ao processo através da emissão da nota de encomenda e envio da mesma por fax/e-mail ao fornecedor, para que este proceda à realização da reparação.	SAL	

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
9	Informação ao SEE da emissão de nota de encomenda e envio ao fornecedor, através da disponibilização ao SEE em **formato digital (.pdf)** de cópia da nota de encomenda e do fax/e-mail enviado.	SAL	
10	Após realização da reparação pelo fornecedor, actualização da Matriz de Controlo de Orçamentos (MT.06) e encerramento e arquivo do processo (**PDO.04**).	Resp. HPQ/ *Helpdesk*	MT.06/ PDO.04

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.06 ORÇAMENTAÇÃO DE REPARAÇÕES/SUBSTITUIÇÕES SUPERIORES A 500 €

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Esquematizar o procedimento adoptado para a orçamentação de determinada reparação/substituição de peça/equipamento superior ao valor de autonomia de decisão do RS do SEE (500 €).

Âmbito

Aplica-se à actividade de reparação/substituição de peças/equipamentos desempenhada pelo SEE.

Definições e Abreviaturas

Resp.	Responsável
CA	Conselho de Administração ou o órgão em que delegar
DAI	Departamento de Apoio ao Imobilizado
DCAE	Departamento de Controlo Ambiental e Energético
DEM	Departamento de Electromedicina e Manutenção
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
OT	Ordem de Trabalho
POT	Pedido de Ordem de Trabalho
RS	Responsável de Serviço
SAL	Serviço de Aprovisionamento e Logística
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
UGI	Unidade de Gestão Integrada

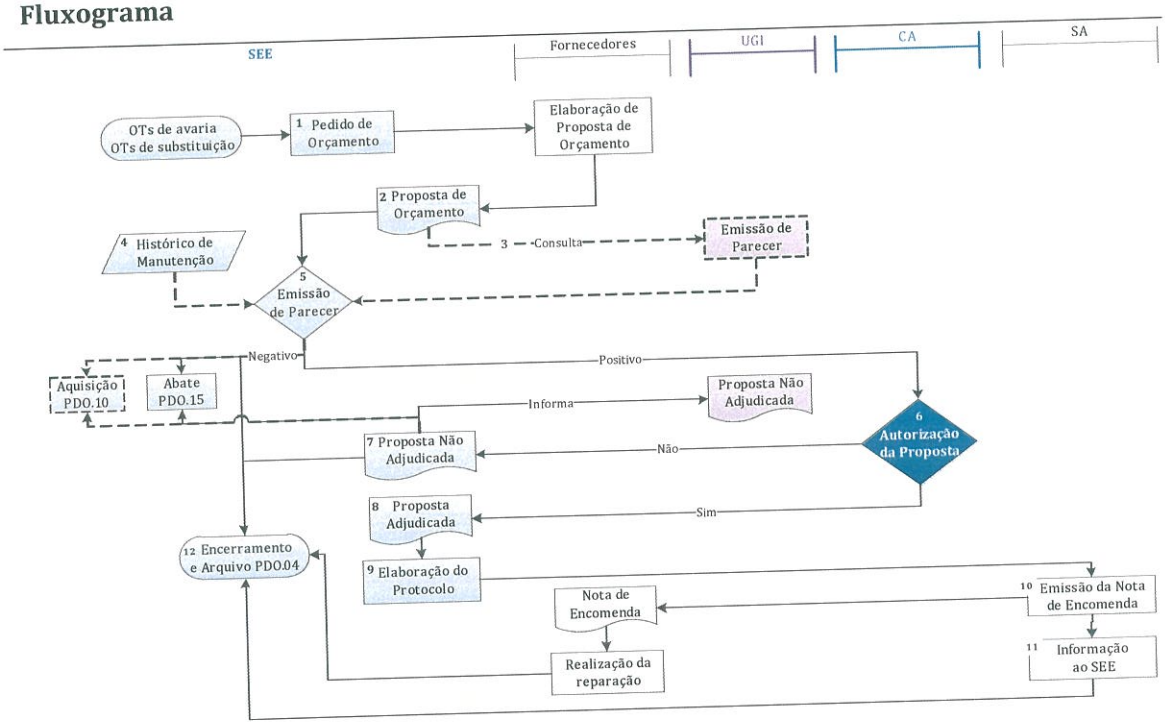
Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

CHVNG/E, E.P.E. HOSPITAL GARCIA DE ORTA Responsável do Serviço Nº Mec. 0198 SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Indicadores

- Tempo de resposta dos fornecedores a pedidos de orçamento
- Tempo entre a recepção da proposta do fornecedor no SEE e o envio de parecer à UGI
- Tempo entre a recepção do parecer pelo UGI e a comunicação da sua decisão ao SEE
- Tempo entre a recepção do parecer pelo CA e a comunicação da sua decisão ao SEE
- Tempo de emissão da nota de encomenda pelo SAL

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Pedido de orçamento relativo à reparação/substituição de uma peça/equipamento cuja resolução é da responsabilidade do SEE, não existindo em armazém material disponível. O pedido deve ser realizado a pelo menos três fornecedores, sempre que possível, dependendo a sua escolha da natureza da OT e das características do equipamento, recorrendo-se quer à própria marca, quer a fornecedores concorrentes (no caso de peças ou consumíveis, por exemplo).	Resp. HPQ/ *Helpdesk*	

CHVNG/E, E.P.E.
Eng.ª CASSIANA CRUZ
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
2	Recepção da resposta do fornecedor sob a forma de proposta de orçamento enviada ao SEE.	Resp. HPQ/ *Helpdesk*	
3	Análise do histórico de manutenção dos equipamentos quando está em causa um orçamento de reparação, sendo este considerado para a determinação da viabilidade de reparação do equipamento. Nesta análise considera-se o valor de aquisição do equipamento, o ano e o montante gasto em manutenção até à data e, ainda, a premência/urgência da necessidade de substituição.	Resp. HPQ/ Resp. DAI/ Resp. DCAE/ Resp. DEM	
4	Decisão quanto à viabilidade da proposta, considerando o valor do orçamento e o histórico de manutenção do equipamento quando relevante. Registo da informação no impresso "Análise à Proposta de Orçamento" e digitalização dos documentos.	Resp. HPQ/ RS/ DAI	PDO.04/ PDO.15/ PDO.10
5	Proposta não autorizada por inviabilidade económica. Comunicação via e-mail da decisão à UGI, para emissão de parecer, com indicação da disponibilidade ou não de Bens para substituição no parque de equipamentos. Caso a UGI concorde, a reparação é considerada inviável, a conclusão é registada e o processo é encerrado (**PDO.04**), dando-se início ao Processo de Abate (**PDO.15**). Se entendido necessário, inicia-se o Processo de Aquisição (**PDO.10**) para a compra de um equipamento substituto. Caso contrário, a proposta é submetida a autorização do CA, procedendo-se conforme o **ponto 8**.	RS/ UGI	
6	Proposta autorizada pelo RS. Envio do processo à UGI via e-mail com indicação da OT respectiva no campo de assunto.	RS/ Resp. HPQ	
7	Caso o valor da reparação seja inferior a 15.000€ ou seja referente a um consumível com consumo normal (a Listagem de consumíveis a considerar deverá ser aprovada pelo CA), a UGI tem autonomia de decisão, aprovando ou não a proposta. Caso contrário, ou em situações de consumo anormal do consumível, a UGI comunica o seu parecer ao SEE, que envia o processo ao CA via e-mail com indicação da OT respectiva no campo de assunto.	UGI	

CHVNG/E, E.P.E.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
8	Análise dos dados do processo pelo CA e tomada de decisão. Reenvio do processo para o SEE.	CA	
9	Comunicação via e-mail da decisão da UGI ou do CA quanto à proposta, com indicação da OT respectiva no campo de assunto. Caso não seja autorizada, registo do orçamento como não autorizado no software de Gestão de OTs e arquivo do processo. Procede-se ao início do processo de abate para o Bem (**PDO.15**) e se entendido necessário, ao do Processo de Aquisição (**PDO.10**) para a compra de um equipamento substituto. Caso seja autorizada, registo do orçamento como autorizado no software de Gestão de OTs.	Resp. HPQ/ DAI	PDO.15/ PDO.10
10	Envio via e-mail do processo (com todas as propostas de orçamento recebidas) ao SAL, com indicação da OT respectiva no campo de assunto. Criação do código de Pedido de Peça pelo SAL, que é enviado ao SEE para inserção do mesmo no software de Gestão de OTs.	Resp. HPQ/SAL	
11	Após recepção do processo e da informação de código de Pedido de Peça inserido, é da responsabilidade do SAL consultar o ao mercado, quando possível, e dar continuidade ao processo através da emissão da nota de encomenda e envio da mesma por fax/e-mail ao fornecedor, para que este realize a reparação.	SAL	
12	Informação ao SEE e à UGI da emissão de nota de encomenda e envio ao fornecedor, através da disponibilização a ambos de cópia da nota de encomenda e do fax/e-mail enviado em **formato digital (.pdf)**.		
13	Após realização da reparação pelo fornecedor, actualização da Matriz de Controlo de Orçamentos (MT.06) e encerramento e arquivo do processo (**PDO.04**).	Resp. HPQ/ *Helpdesk*	MT.06/ PDO.04

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6196
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.07 CONFERÊNCIA E REENCAMINHAMENTO DA FACTURAÇÃO

Coordenação

Helpdesk, Planeamento e Qualidade

Objectivo

Definir o procedimento a adoptar na conferência da facturação e o circuito a percorrer no CHVNG/E segundo o estabelecido no Manual de Gestão de Contas a Pagar.

Âmbito

Aplica-se a toda actividade de conferência e reencaminhamento de facturas relativas ao âmbito de actuação do SEE.

Definições e Abreviaturas

CHVNG/E	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
DAI	Departamento de Apoio ao Imobilizado
DCAE	Departamento de Controlo Ambiental e Energético
DEM	Departamento de Electromedicina e Manutenção
EXP	Expediente
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
OT	Ordem de Trabalho
SAL	Serviço de Aprovisionamento e Logística
SC	Serviço Conferente
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SFC	Serviços Financeiros e de Contabilidade
SOI	Serviço de Obras e Instalações
SSTI	Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

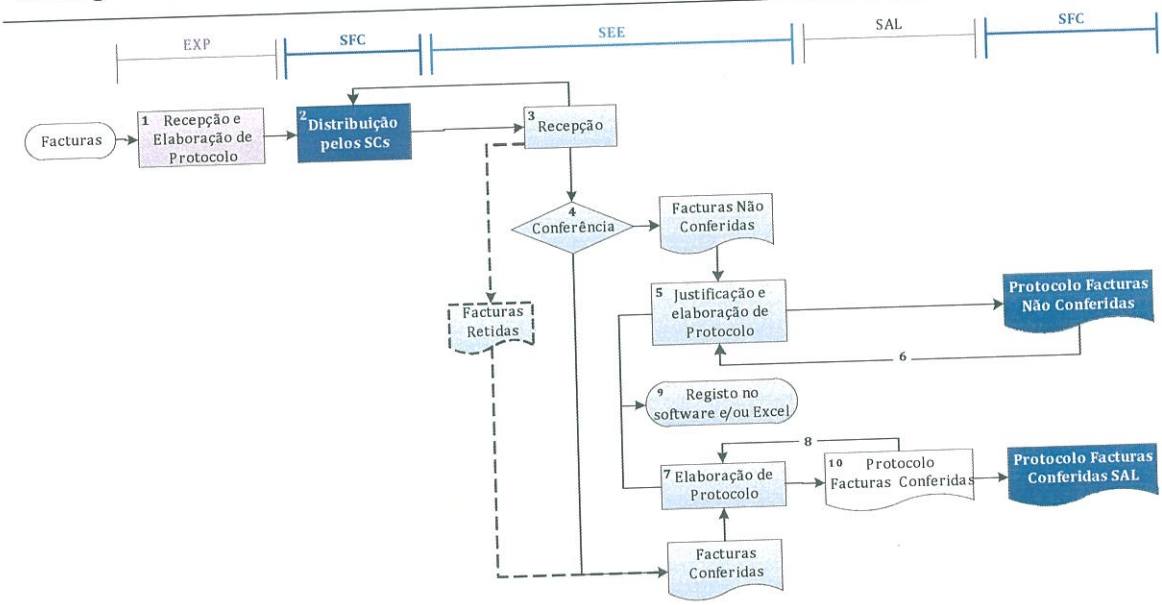
Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng.º CASSIEN CRUZ
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMED...

Indicadores

- Atraso médio (em dias) em relação ao prazo de conferência (15 dias úteis)

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Recepção de todas as facturas relativas ao CHVNG/E. No caso de estas acompanharem a mercadoria os serviços devem remetê-la para o Expediente. Caso sejam entregues facturas no SEE, estas devem ser encaminhas para o Expediente a título excepcional, com informação ao fornecedor de que devem ser enviadas ao Expediente. Em situações de repetição, devem ser devolvidas ao fornecedor. Envio das facturas protocoladas para os SFC.	EXP/ SEE	
2	Triagem das diferentes facturas e envio para o SEE das facturas protocoladas cuja conferência é do âmbito do Serviço.	SFC	
3	Recepção das facturas e devolução do protocolo rubricado e com indicação da data de recepção aos SFC.	HPQ	

CHVNG/E, E.P.E.
Dr. [illegible]
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
4	Realização da conferência da facturação com base no valor orçamentado e da nota de encomenda; no estado da OT; nos serviços prestados; e nos consumos efectuados. As facturas devem ser assinadas de forma legível, com indicação do número mecanográfico do colaborador e, se necessário, carimbadas para melhor identificação do conferente. Quando há concordância entre as informações considera-se a factura conferida, caso contrário é indicada como não conferida. Se é verificado que a factura recebida é da tutela de outro SC, é enviada com protocolo para o mesmo e é indicada como como não conferida aos SFC, com informação da devolução ao respectivo SC. A conferência deve ser efectuada dentro do prazo máximo de 15 dias úteis após a recepção do protocolo dos SFC. Em casos excepcionais, a factura é retida além do prazo de conferência por falta de informação (atraso no relatório, falta de nota de crédito, entre outros). Chegados os elementos em falta, a factura é conferida.	HPQ	
5	Elaboração de protocolo numerado para as facturas não conferidas com indicação do destino, da data de envio, do número da OT (quando aplicável), do número da factura, da firma, do número da nota de encomenda e da justificação para a devolução (campo *Observações*) por parte do HPQ. Envio das facturas protocoladas para os SFC.	HPQ	
6	Devolução do protocolo pelos SFC rubricado e com indicação da data de recepção.	SFC	
7	Elaboração de protocolo numerado para as facturas conferidas com indicação dos campos referidos em **ponto 5**, excepto *Observações*. Envio das facturas protocoladas para o SAL.	HPQ	
8	Devolução do protocolo pelo SAL rubricado e com indicação da data de recepção.	SAL	

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
9	Registo na Matriz de Controlo de Facturação (MT.07) da informação relativa à conferência da facturação: protocolo de origem, data de entrada, empresa, tipo de documento, valor, OT, nota de encomenda, protocolo de saída e observações. Excepto para a facturação de CATs e do DAI, é igualmente efectuado o registo da informação constante na factura conferida no cadastro individual informatizado do Bem presente no software de Gestão de OTs de forma discriminada: diferentes recursos facturados, custo parcelado, número da factura, data de facturação e fornecedor. Introduzir todos os dados, respeitando o novo acordo ortográfico, em letra maiúscula, incluindo "Ç" e preposições, e excluindo acentos; excepto para as observações.	HPQ	MT.07
10	O protocolo é recepcionado pelo SAL e reencaminhado para os SFC para contabilização.	SAL	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

Procedimento Documentado:

PDO.08 DEFINIÇÃO DE CONTRATOS DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Definir a metodologia de definição de CATs, de forma a garantir a execução de manutenção preventiva e/ou correctiva nos equipamentos seleccionados pelo SEE.

Âmbito

Aplica-se a toda a actividade de manutenção preventiva e/ou correctiva do âmbito do SEE.

Definições e Abreviaturas

Resp.	Responsável
AT	Assistência Técnica
CA	Conselho de Administração ou o órgão em que delegar
CAT	Contrato de Assistência Técnica
DCAE	Departamento de Controlo Ambiental e Energético
DEM	Departamento de Electromedicina e Manutenção
HPQ	*Helpdesk,* Planeamento e Qualidade
PAT	Prestador de Assistência Técnica
RS	Responsável de Serviço
SAL	Serviço de Aprovisionamento e Logística
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina

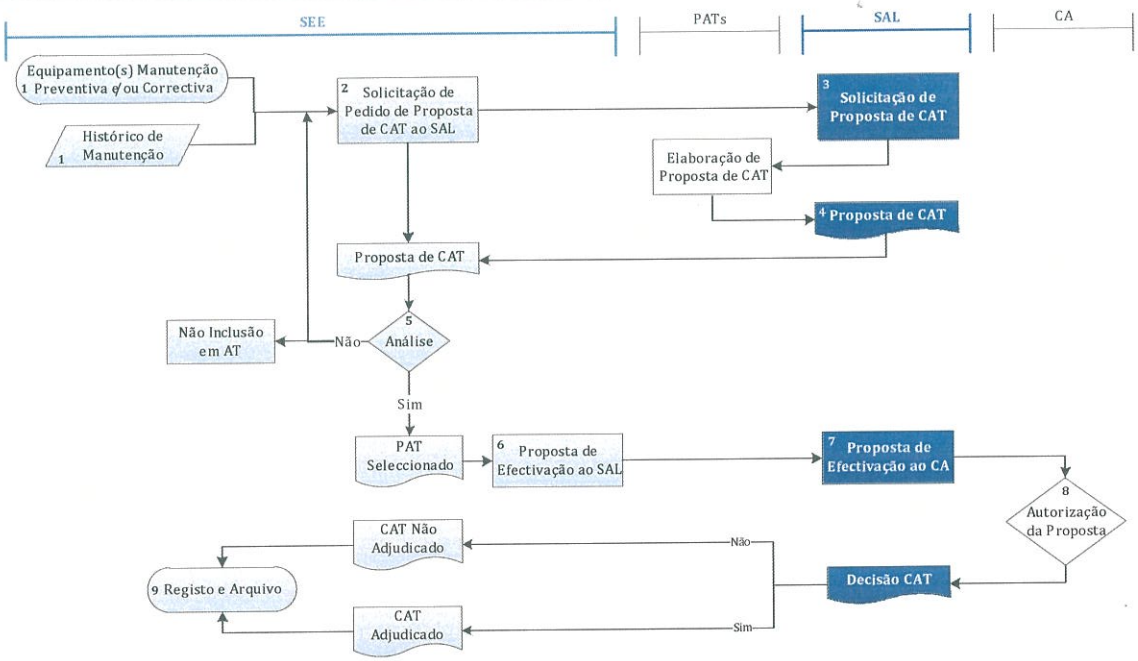
Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

Indicadores

- Atraso (em dias) do prazo de efectivação do CAT (até ao término do ano corrente)

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Identificação do(s) equipamento(s) com necessidade de manutenção preventiva (**PDO.20**) e/ou correctiva, com uma antecedência de 4 meses do término do prazo do CAT ou da data prevista de início de CAT. No caso dos equipamentos já em AT, análise do histórico de manutenção preventiva e/ou correctiva do(s) equipamento(s) para avaliação da continuidade da permanência.	Resp. DCAE/ Resp. DEM/ Resp. HPQ	PDO.20
2	Solicitação ao SAL de pedido de proposta de CAT para o(s) equipamento(s), com indicação do tipo de contrato pretendido e respectivas cláusulas técnicas, com uma antecedência de 3 meses do término do prazo do CAT ou da data prevista de início de CAT.	Resp. HPQ	
3	Solicitação aos PATs de proposta de CAT para o(s) equipamento(s).	SAL	
4	Recepção da resposta dos PATs sob a forma de proposta de CAT e envio da mesma ao SEE.		

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
5	Análise dos contratos propostos e validação da listagem de equipamentos indicada. Selecção técnica de um PAT para proposta de efectivação do contrato. Quando não ocorre selecção, procede-se a nova solicitação de propostas de CAT ou decide-se pela não inclusão do(s) equipamento(s) em AT.	RS/ Resp. HPQ/ Resp. DCAE/ Resp. DEM	
6	Envio da proposta de efectivação de CAT para o SAL, com indicação do PAT e das opções seleccionadas.	RS	
7	Análise do SAL relativa a uma eventual negociação das propostas com o PAT e envio da proposta de efectivação de CAT para aprovação no CA.	SAL	
8	Análise pelo CA do contrato proposto e tomada de decisão. Reenvio do processo para o SAL, que comunica a decisão ao SEE.	CA	
9	Registo da decisão no histórico do(s) equipamento(s) no software de Gestão de OTs e arquivo do processo com indicação das diferentes propostas. Caso o CAT seja autorizado, inclusão na base de dados das condições de negociação.	HPQ	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CHOISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

4. Departamento de Apoio ao Imobilizado

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.09 ELABORAÇÃO DO PLANO DE ABATES

Coordenação

Departamento de Apoio ao Imobilizado

Objectivo

Definir o procedimento de planeamento dos abates a realizar no ano subsequente.

Âmbito

Aplica-se ao planeamento global do SEE.

Definições e Abreviaturas

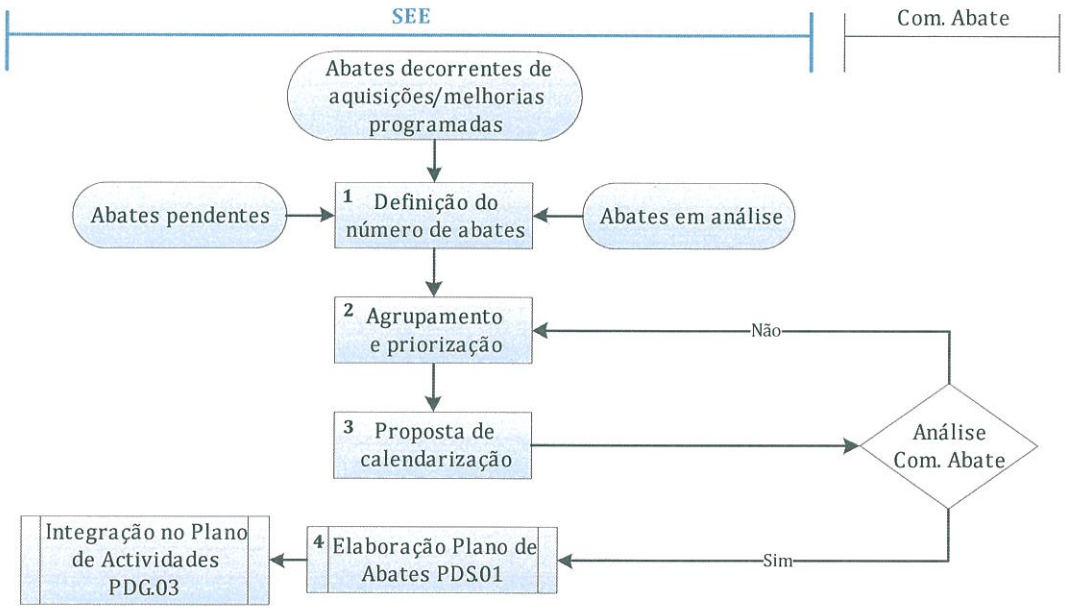
Com.	Comissão
CA	Conselho de Administração ou o órgão em que delegar
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina

Indicadores

- Atraso (em dias) na elaboração do Plano de Abates (até dois meses antes do término do ano corrente)

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROISE
Eng.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Definição do número de abates a realizar no ano subsequente, em função dos abates pendentes e em análise e dos abates que serão necessários realizar como resultado de aquisições/melhorias programadas.	RS	
2	Agrupamento e priorização dos Bens com base nas necessidades de gestão do espaço e da possibilidade de valorização dos Bens.		
3	Elaboração de proposta de calendarização e envio à Com. Abate para análise. Caso seja aprovada procede-se segundo o **ponto 4**. Caso contrário, procede-se a novo agendamento e priorização conforme as indicações da Com. Abate.	RS/ HPQ	
4	Elaboração do Plano de Abates, até dois meses antes do término do ano corrente definindo a calendarização. Inclusão deste no Plano de Actividades, procedendo-se conforme **PDG.03**.	HPQ	PDG.03

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

GAIA/NG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.10 AQUISIÇÃO DE BENS

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Definir a metodologia a adoptar na análise e satisfação das necessidades de aquisição de Bens detectadas.

Âmbito

Aplica-se a toda actividade de resposta às necessidades de aquisição do âmbito do SEE.

Definições e Abreviaturas

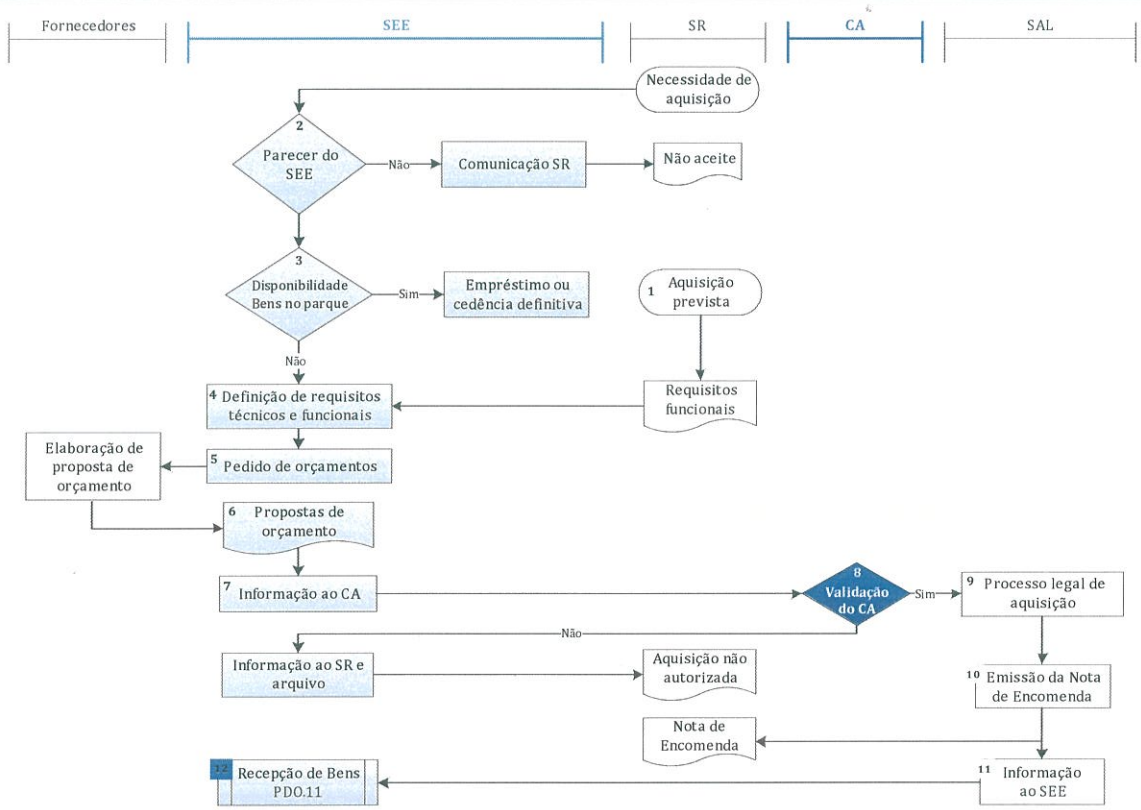
Resp.	Responsável
CA	Conselho de Administração ou o órgão em que delegar
DAI	Departamento de Apoio ao Imobilizado
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
RS	Responsável de Serviço
SAL	Serviço de Aprovisionamento e Logística
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SR	Serviço Requisitante

Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

Indicadores

- Tempo entre recepção do pedido e envio para autorização do CA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Aquisição programada no plano de actividades (**PDG.05**). Inicia-se o procedimento no **ponto 4**.	SEE	
2	Pedido de aquisição de Bem direccionado ao SEE, para parecer do RS. Em caso de não aprovação o SR requisitante é informado.	RS	Mod. SC-18
3	Análise da disponibilidade interna de Bens no parque de equipamentos que respondam à necessidade e se encontrem operacionais. Em caso de disponibilidade, dá-se início ao empréstimo (**PDO.18**) ou à cedência definitiva do Bem (**PDO.19** Transferência de Bens).	RS/ DAI	PDO.18/ PDO.19

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
4	Definição dos requisitos técnicos do Bem pelo SEE, a partir dos requisitos funcionais definidos pelo SR.	RS/ SR	
5	Pesquisa de vários fornecedores disponíveis para o Bem pretendido e elaboração do pedido de orçamento não vinculativo aos mesmos. Idealmente, o pedido de orçamento deve ser elaborado a pelo menos três fornecedores distintos, salvo em casos de exclusividade.	RS/ Resp. HPQ	
6	Recepção da resposta dos diferentes fornecedores sob a forma de proposta de orçamento enviada ao SEE.	Resp. HPQ	
7	Elaboração da proposta de aquisição para envio ao CA, com informação dos requisitos técnicos e funcionais definidos e das várias propostas obtidas junto dos fornecedores, bem como do valor médio orçamentado para o Bem.		
8	Análise da proposta pelo CA para validação. Caso não seja autorizada, o SEE é informado para arquivo do processo e informação ao SR. Caso seja aprovada, o processo é enviado ao SAL.	CA	
9	Desencadeamento do processo de aquisição, segundo o Código dos Contratos Públicos, sendo da responsabilidade do SAL a adopção de um dos procedimentos possíveis dando seguimento à aquisição.	SAL	
10	Emissão da nota de encomenda e envio da mesma por e-mail ao fornecedor.		
11	Informação ao SEE da emissão de nota de encomenda e do seu envio ao fornecedor, através da disponibilização em **formato digital (.pdf)** ao SEE de cópia da nota de encomenda, do e-mail/fax enviado, de cópia da proposta e das condições de negociação.		
12	Agendamento da entrega e recepção do Bem (**PDO.11**).	SEE	PDO.11

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
DR. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.11 RECEPÇÃO E CONFERÊNCIA DE BENS

Coordenação

Departamento de Apoio ao Imobilizado

Objectivo

Descrever a sequência de actividades a respeitar no momento da recepção dos Bens adquiridos para a Instituição, que se encontram sob a tutela do SEE.

Âmbito

Aplica-se a toda a actividade de recepção e verificação de Bens novos desempenhada pelo SEE.

Definições e Abreviaturas

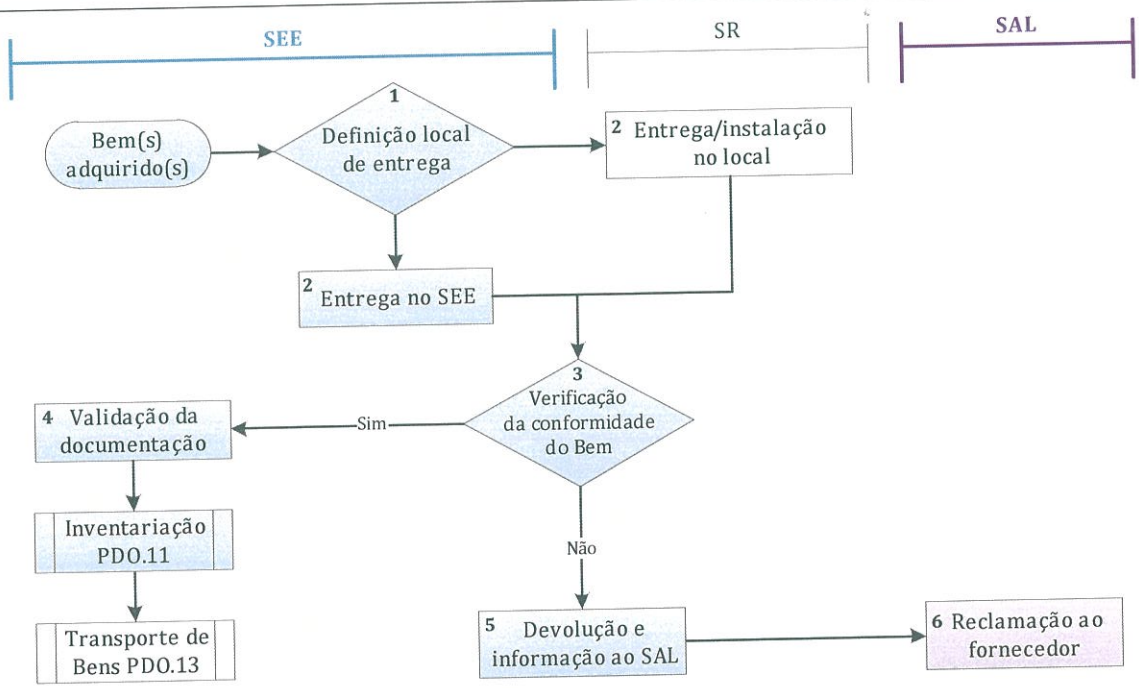
Resp.	Responsável
CE	Comunidade Europeia
DAI	Departamento de Apoio ao Imobilizado
DEM	Departamento de Electromedicina e Manutenção
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SR	Serviço Requisitante

Indicadores

- Número de reclamações por não conformidade dos SR
- Número de reclamações aos fornecedores

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. [illegible]
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Definição do local onde o fornecedor deve entregar o Bem (SEE ou SR) com base nas suas dimensões e características técnicas, sendo que preferencialmente a recepção é realizada nas instalações do SEE. Comunicação do local determinado ao fornecedor.	Resp. DAI	
2	Entrega do Bem nas instalações do SEE ou do SR, sendo a sua recepção feita pelo DAI. Caso ocorra no SR, o técnico do DAI que acompanha a entrega recebe apoio por parte do SR, procedendo conforme indicado em **3** no local.	DAI	
3	Validação quantitativa e técnica do Bem com base na informação da nota de encomenda. Verificação da presença e conformidade dos documentos técnicos que devem acompanhar o Bem: manual técnico, manual de utilizador em português e declaração CE de Conformidade.	SEE	

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CRUISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
4	**Bem conforme** Validação da documentação de transporte, por forma a confirmar a correspondência entre o encomendado e o recepcionado. Realização do procedimento de inventariação (**PDO.12**). Caso tenha sido recepcionado no SEE e não seja transportado internamente, criação de OT de transporte com o pedido ao SOI, para a realização do transporte para o SR (**PDO.14**).	DAI	PDO.12/ PDO.14
5	**Bem não conforme** Devolução do Bem ao fornecedor e informação ao SAL.	DAI	
6	Realização de reclamação junto do fornecedor.	SAL	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

Procedimento Documentado:

PDO.12 INVENTARIAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE BENS

Coordenação

Departamento de Apoio ao Imobilizado

Objectivo

Descrever a metodologia aplicada na inventariação de Bens e na sua identificação através da atribuição de um código identificativo.

Âmbito

Aplica-se a toda a actividade de inventariação e identificação de Bens desempenhada pelo SEE.

Definições e Abreviaturas

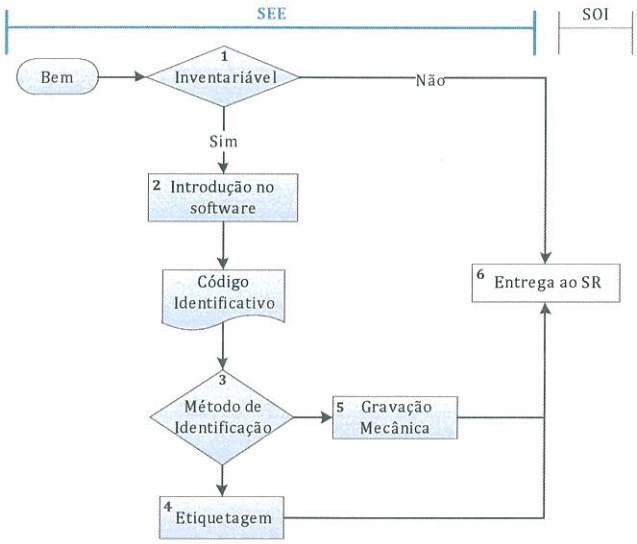
Resp.	Responsável
CHVNG/E	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
DAI	Departamento de Apoio ao Imobilizado
DEM	Departamento de Electromedicina e Manutenção
NM01	Norma para o Registo e Controlo dos Bens Inventariáveis
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SR	Serviço Requisitante

Indicadores

- % de Bens não conformes em relação ao inventário (resultados controlo interno PDO.12)
- Número de não conformidades identificadas em auditorias

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Classificação do Bem em inventariável ou não, segundo o definido na NM01. Quando o Bem é inventariável procede-se ao registo e identificação deste, caso contrário procede-se conforme indicado em **7**.	Resp. DAI/ RS	NM01
2	Elaboração do cadastro individual informatizado do Bem no software de Gestão de OTs, com indicação dos seguintes dados (quando aplicável): descrição, marca, modelo, número de série, classe, localização, código/descrição do serviço, data/número do documento/valor de aquisição, número da nota de encomenda, data de fabrico, código/descrição fornecedor, código/descrição prestador de assistência técnica, fim de garantia, fixo ou móvel, imagem fotográfica e outras observações pertinentes. No caso de o Bem corresponder a um equipamento, anexação ao cadastro individual informatizado do processo de aquisição; do manual técnico; do manual de utilizador, da declaração CE e do processo de adjudicação (o último apenas no caso de o Bem corresponder a uma instalação). Geração do código identificativo a partir do software de Gestão de OTs.	DAI	Cadastro individual do Bem/ NM01

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
3	Selecção do método de identificação mais adequado às características do Bem, *etiquetagem* ou *gravação mecânica*, segundo o definido na NM01. Quando nenhuma das duas técnicas é aplicável, considera-se o cadastro individual informatizado do Bem como o seu elemento referenciador.	Resp. DAI/ RS	
4	Colocação de duas etiquetas com indicação do respectivo código e do símbolo do CHVNG/E: ▪ uma em local visível, que não seja afectado pela limpeza do Bem e que não esteja exposto a fricção mecânica. Preferencialmente, colocar na parte da frente superior esquerda do Bem; ▪ outra em local escondido e protegido, preferencialmente, na parte de trás do Bem e perto da fonte de alimentação (quando aplicável).	DAI	
5	Gravação mecânica do respectivo código no Bem em local visível e sem prejuízo para as suas funções. Registo no cadastro informático da ausência de etiqueta no campo de observações.		
6	Entrega do Bem ao SR, sendo o transporte assegurado na sua generalidade pela Equipa de Transporte do SOI; salvo situações pontuais, em que pela dimensão e número reduzidos dos Bens é assumido pelo SEE, caso este Serviço detenha e possa disponibilizar os recursos necessários à sua realização (**PDO.14**).	Assistente DAI ou DEM/ SOI	PDO.14

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.13 CONTROLO INTERNO AO INVENTÁRIO

Coordenação

Departamento de Apoio ao Imobilizado

Objectivo

Definir o procedimento de controlo interno à inventariação de Bens, através de conferência física, a realizar periodicamente a dois níveis: parcial e geral.

Âmbito

Aplica-se a toda a actividade de controlo dos Bens inventariados desempenhada pelo SEE.

Definições e Abreviaturas

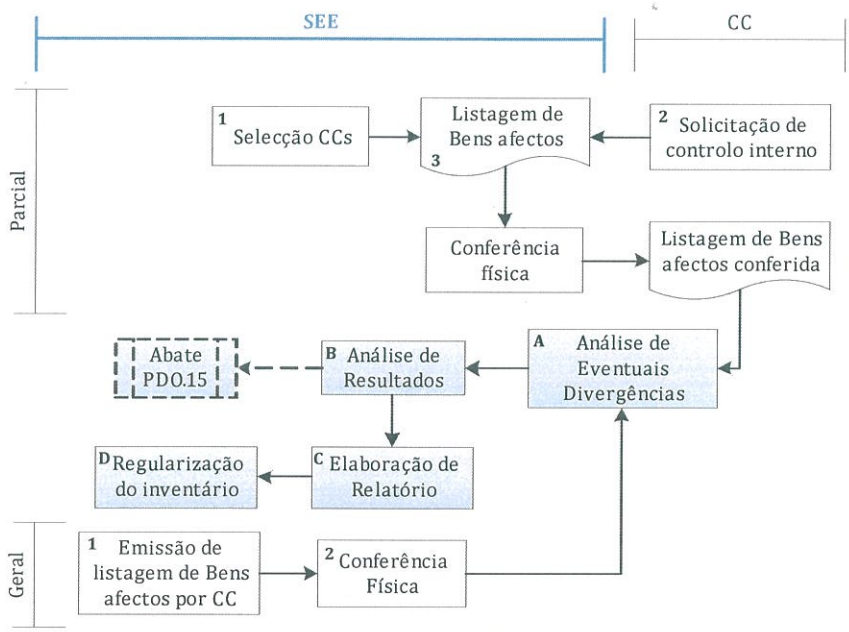
Resp.	Responsável
DAI	Departamento de Apoio ao Imobilizado
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SR	Serviço Requisitante

Indicadores

- Cumprimento da periocidade de realização de conferência física
- Quantidade de Bens analisados

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
	Parcial		
1	Selecção de SR para realização de controlo interno parcial, que deverá ser efectuado trimestralmente em mais do que um, com carácter rotativo. Anualmente, pretende-se cobrir os SRs com maior número de equipamentos afectos e/ou com historial de incongruências entre o cadastro individual informatizado e verificações físicas anteriores.	DAI	
2	Solicitação ao SEE de conferência física, quando o SR pretende efectuar controlo interno próprio.	Resp. SR	
3	Emissão da listagem de Bens afectos ao SR; realização da conferência física dos dados da mesma no prazo de duas semanas e reenvio ao Resp. SR com identificação das eventuais divergências.	DAI	

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
	Geral		
1	Emissão das listagens de Bens afectos a cada SR para a realização do controlo interno geral, que deverá ser efectuado de 2 em 2 anos.	DAI	
2	Conferência dos dados das diferentes listagens pelo DAI, em colaboração com os respectivos SRs, que devem disponibilizar recursos humanos para colaborar no processo.	DAI/ SR	
	Procedimento Comum		
A	Análise das listagens conferidas e eventuais divergências encontradas pelo RS e pelo Resp. DAI do SEE, conjuntamente com o Resp. SR para apuramento de responsabilidades, se necessário.	RS/ Resp. DAI/ Resp. SR	
B	Análise quantitativa e qualitativa das eventuais divergências identificadas e comparação com os dados apurados em acções de controlo anteriores, segundo o definido na NM01. Caso seja detectado um Bem que não é encontrado fisicamente há já três controlos internos realizados ao nível geral (período de 6 anos), dá-se início ao Processo de Abate (**PDO.15**).	RS/ Resp. DAI	NM.01/ PDO.15
C	Elaboração de relatório com os resultados do controlo interno realizado, segundo o definido na NM01.	DAI	NM01
D	Regularização dos dados dos Bens no cadastro individual informatizado, caso necessário.		

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.14 TRANSPORTE DE BENS

Coordenação

Departamento de Apoio ao Imobilizado

Objectivo

Descrever o procedimento a respeitar na interacção com SOI na gestão do transporte de Bens.

Âmbito

Aplica-se a toda a actividade de transporte em que colabora o SEE.

Definições e Abreviaturas

DAI	Departamento de Apoio ao Imobilizado
OT	Ordem de Trabalho
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SOI	Serviço de Obras e Instalações

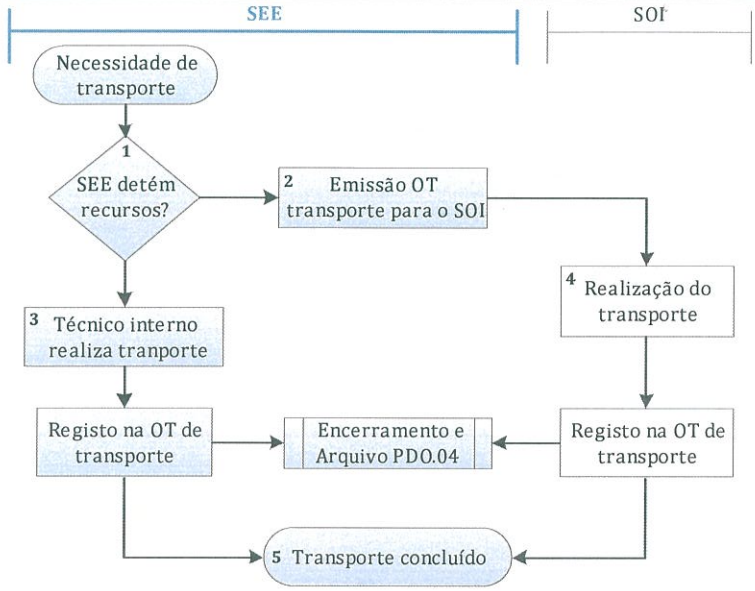
Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

Indicadores

- Tempo médio da realização do transporte (geração OT – registo realização OT)

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Análise da necessidade de transporte e decisão mediante as suas características, nomeadamente dimensão e número de Bens, se o SEE detém recursos disponíveis para o realizar.	*Helpdesk*	
2	Na generalidade, o transporte é assegurado pelo SOI, sendo emitida uma OT de transporte, acompanhada da indicação de prioridade a considerar, destino e, se aplicável, dos números de inventário.	SOI	
3	Caso se justifique a sua realização internamente, é emitida uma OT de transporte, o técnico do SEE efectua o transporte e registo a realização na OT.	SEE	
4	Realização de transporte pelo SOI, com registo na OT de transporte respectiva. Encerramento da OT conforme **PDO.04**.	*Helpdesk*/ SOI	PDO.04
5	Resolução da necessidade de transporte.	SEE/SOI	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 8165
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.15 ABATE DE BENS

Coordenação

Departamento de Apoio ao Imobilizado

Objectivo

Descrever a metodologia aplicada na realização de abate de Bens e no seu registo.

Âmbito

Aplica-se a toda a actividade de abate em que colabora o SEE.

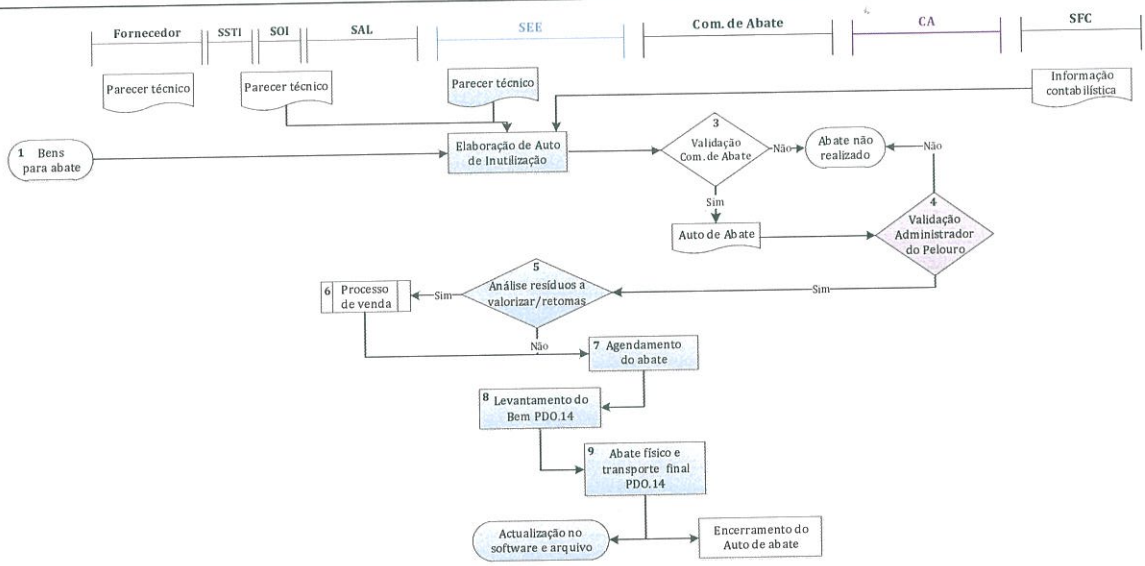
Definições e Abreviaturas

CA	Conselho de Administração ou o órgão em que delegar
DAI	Departamento de Apoio ao Imobilizado
SAL	Serviço de Aprovisionamento e Logística
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SFC	Serviços Financeiros e de Contabilidade
SOI	Serviço de Obras e Instalações
SR	Serviço Requisitante

Indicadores

- Tempo médio de abate dos Bens (início do processo de abate – arquivo)
- Atraso (em dias) em relação ao arranque programado no Plano de Abates

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Bens identificados como passíveis de ser abatidos, devido a reparação inviável, a estado de obsolescência ou a não ser utilizado pela Instituição.	SEE/ SRs/ Plano de Abates	
2	Elaboração do auto de inutilização para o Bem com indicação da informação constante do cadastro individual informatizado no inventário. Anexação do parecer técnico relativo à inoperacionalidade do Bem. Este pode ser proveniente do fornecedor, do SOI/SSTI/SAL ou do próprio SEE, caso se trate de um equipamento de electromedicina. Introdução da informação contabilística relativa à amortização do Bem, cedida pelos SFC.	DAI	Anexo D
3	Submissão do processo (auto de inutilização, parecer técnico e fotografia do Bem) à análise da Comissão de Abate. Em caso de aceitação pela Comissão de Abate, esta procede à elaboração do auto de abate para envio ao CA, seguindo o documento assinado pelos membros da Comissão. Caso contrário, o abate não é realizado.	Com. de Abate	Anexo E

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. BOSSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
4	Aprovação do abate pelo CA, rubricando o auto de abate.	CA	Anexo E
5	Análise de eventuais resíduos a valorizar no Bem ou da possibilidade de retoma. Em caso positivo, comunicação ao SAL da sua existência e avaliação das diferentes alternativas de alienação. Caso contrário, dá-se seguimento ao abate por destruição.	DAI	
6	Desencadeamento e finalização do processo de venda pelo SAL, através da validação das condições propostas pelo SEE ou da verificação das melhores condições de mercado de venda dos resíduos/retomas, caso o SAL entenda necessário.	SAL	
7	Agendamento pelo SEE do local, dia e hora para o abate, com aprovação da Comissão de Abate. Caso o abate seja por destruição, o acto deve ser comunicado à Repartição local de Finanças, com indicação do dia, hora e local, com uma antecedência mínima de 15 dias úteis.	SEE/ Com. de Abate	
8	Levantamento e transporte do Bem para o local definido segundo o **PDO.14**. Realização do abate com acompanhamento do mesmo por parte de dois elementos da Comissão de Abate e um elemento do SEE. Transporte do Bem (**PDO.14**) para o destino final, com acompanhamento de técnico do DAI, que retira a etiqueta com o código de inventário no momento final. Caso o destino final seja fora das instalações do CHVNG/E onde decorreu o abate, é emitida uma guia de transporte para o Bem.	DAI/ Com. de Abate/ SOI	PDO.14

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
9	Registo pelo SEE da saída de Bens, procedendo a Comissão de Abate ao encerramento do auto de abate. Actualização do estado para abatido no cadastro individual informatizado do Bem. Arquivo do processo, com inclusão do auto de inutilização, do auto de abate e de um print da actualização informática do estado do Bem. Envio do processo em **formato digital (.pdf)** para a Comissão de Abate e para os SFC.	DAI/ Com. de Abate	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng.ª CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.16 RETOMA POR REPARAÇÃO

Coordenação

Departamento de Apoio ao Imobilizado

Objectivo

Descrever o procedimento a adoptar em caso de realização de retoma por reparação.

Âmbito

Aplica-se a toda a actividade de retoma por reparação realizada no âmbito dos Bens sob a tutela do SEE.

Definições e Abreviaturas

Com.	Comissão
Info.	Informação
Resp.	Responsável
CA	Conselho de Administração ou o órgão em que delegar
DAI	Departamento de Apoio ao Imobilizado
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
OT	Ordem de Trabalho
RS	Responsável de Serviço
SAL	Serviço de Aprovisionamento e Logística
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SFC	Serviços Financeiros e de Contabilidade
SR	Serviço Requisitante

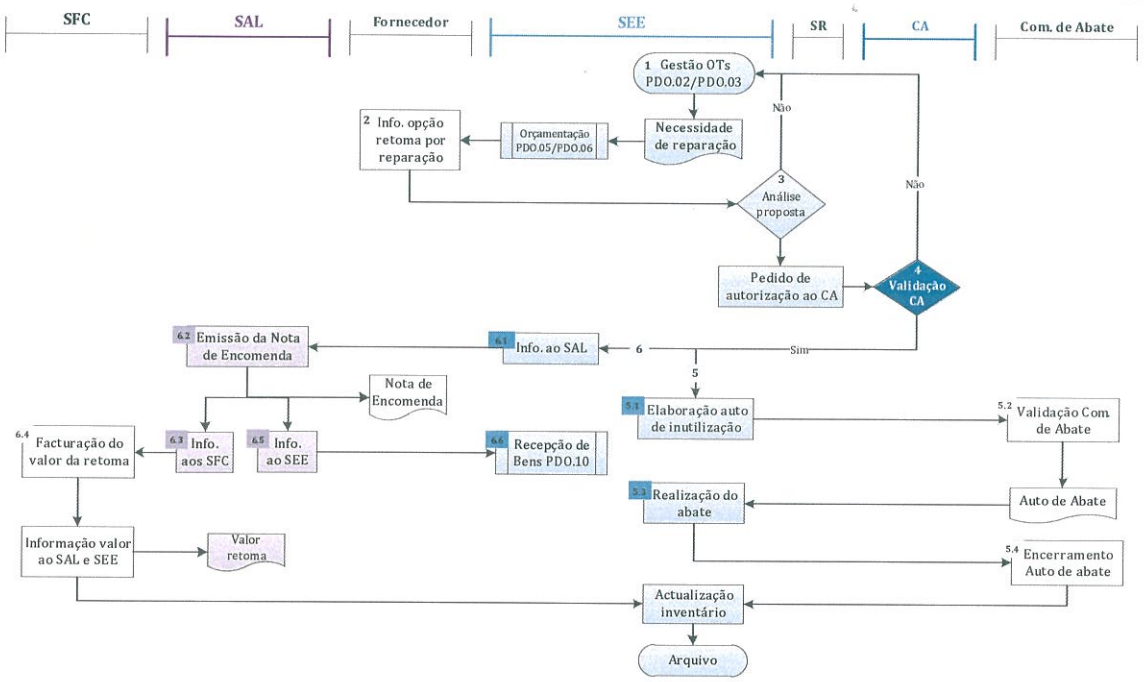
Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

Indicadores

- Tempo médio de retoma por reparação

CHVNG/E, E.P.E.
Eng.º CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Necessidade de reparação decorrente da Gestão de OTs (**PDO.02/PDO.03**), com pedido de orçamento realizado à empresa externa.	HPQ	PDO.02/ PDO.03
2	Apresentação de proposta de orçamento com opção de retoma por reparação, considerando o valor da reparação e o valor de aquisição de Bem novo envolvidos.	Fornecedor	
3	Análise da proposta pelo RS e pelo SR envolvido. Caso não seja aceite, dá-se continuidade ao processo segundo o descrito no **PDO.02** ou **PDO.03**. Caso seja aprovada, envio da proposta de retoma por reparação para autorização do CA.	RS/ SR/ Resp. HPQ	PDO.02/ PDO.03

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
4	Decisão do CA quanto à proposta de retoma por reparação. Caso não seja aceite, dá-se continuidade ao processo segundo o descrito no **PDO.02** ou **PDO.03**. No caso de aprovação, desencadeia-se a retoma por reparação, que se traduz no pedido de aquisição ao SAL (**ponto 6**) e no abate por retoma do Bem (**ponto 5**).	CA	PDO.02/ PDO.03
	5		
5.1	Elaboração do auto de inutilização para o Bem com indicação da informação constante do cadastro individual informatizado no inventário. Anexação do parecer técnico emitido pelo fornecedor e da informação contabilística relativa à retoma. O auto de inutilização segue rubricado pelo Resp. SR e pelo Resp. do SEE.	DAI	
5.2	Aprovação do processo (auto de inutilização e parecer técnico) pela Comissão de Abate, que procede à elaboração do auto de abate, seguindo o documento assinado pelos membros da Comissão.	Com. de Abate	
5.3	Realização do abate, não sendo necessário o acompanhamento da Comissão de Abate, já que este é por retoma. Reimpressão da etiqueta com o código de inventário para anexação ao auto de abate, considerando o não retorno do Bem à Instituição.	DAI	
5.4	Registo pelo SEE da saída de Bens, procedendo a Comissão de Abate ao encerramento do auto de abate. Actualização do estado para abatido no cadastro individual informatizado do Bem. Arquivo do processo, com inclusão do auto de inutilização, do auto de abate e de um print da actualização informática do estado do Bem. Envio do processo em **formato digital (.pdf)** para a Comissão de Abate e para os SFC.		

CHVNG/E, E.P.E.
CAOSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
	6		
6.1	Envio do processo ao SAL para desencadeamento do processo de aquisição relativo à retoma por reparação.	Resp. HPQ	
6.2	Emissão da nota de encomenda relativa ao valor sem retoma e envio da mesma por fax ao fornecedor.	SAL	
6.3	Informação aos SFC da realização da retoma por reparação.		
6.4	Facturação do valor da retoma e informação ao SAL e SEE do valor líquido da retoma.	SFC	
6.5	Informação ao SEE da emissão de nota de encomenda e envio ao fornecedor, através da disponibilização ao SEE em **formato digital (.pdf)** de cópia da nota de encomenda e de cópia do comprovativo do fax enviado.	SAL	
6.6	Agendamento da entrega e recepção do Bem (**PDO.10**).	SEE	PDO.10

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.17 TRANSFERÊNCIA DE BENS

Coordenação

Departamento de Apoio ao Imobilizado

Objectivo

Descrever o procedimento a respeitar na realização de transferências de Bens na Instituição.

Âmbito

Aplica-se a toda actividade de transferência de Bens do âmbito do SEE.

Definições e Abreviaturas

CC	Centro de Custo
DAI	Departamento de Apoio ao Imobilizado
OT	Ordem de Trabalho
SC	Serviço Cedente
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SR	Serviço Requisitante

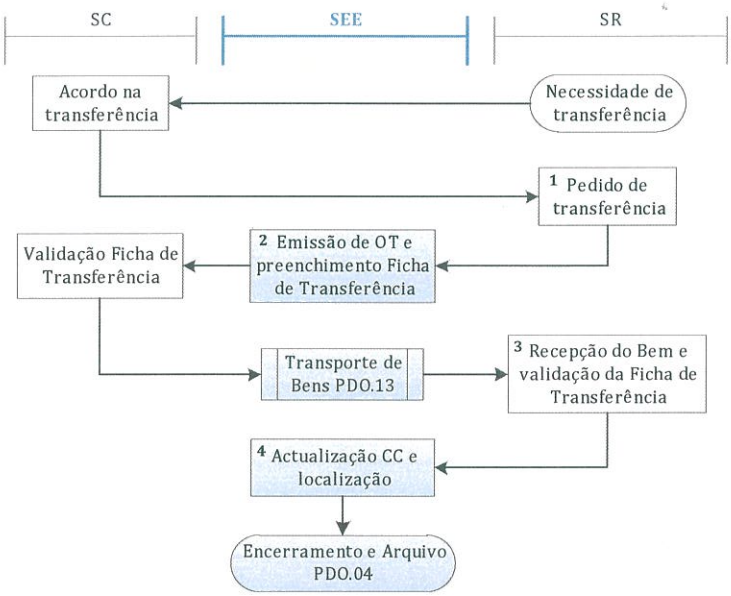
Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

Indicadores

- Tempo médio de realização da transferência

CHVNG/E, E.P.E.
Eng.º CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6196
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Pedido de transferência ao *helpdesk* do SEE, após acordo entre dois serviços relativamente a uma situação de transferência de Bens.	SR	
2	Recepção do pedido pelo *helpdesk* e preenchimento da Ficha de Transferência de Bens, onde deverá constar a identificação completa do(s) Bem(s) a transferir, bem como a identificação da sua origem e destino. Validação da Ficha pelo RS do SEE e pelo SC, dando-se de seguida início ao procedimento para o transporte dos Bens (**PDO.13**).	*Helpdesk*/ RS/ SC	SEE.08/ PDO.13
3	Recepção do Bem pelo SR que efectua a validação da Ficha de Transferência de Bens.	SR	SEE.08
4	Actualização do CC e da localização no software de Gestão de OTs, encerramento e arquivo da OT criada para a transferência (**PDO.04**).	DAI/ *Helpdesk*	PDO.04

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.18 EMPRÉSTIMO DE BENS

Coordenação

Departamento de Apoio ao Imobilizado

Objectivo

Descrever a metodologia a adoptar na recepção de pedidos/devoluções de Bens para empréstimo realizada pelo SEE.

Âmbito

Aplica-se a toda actividade de pedido/devolução de Bens para empréstimo do âmbito do SEE.

Definições e Abreviaturas

Resp.	Responsável
DAI	Departamento de Apoio ao Imobilizado
OT	Ordem de Trabalho
PE	Parque de Equipamentos
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SR	Serviço Requisitante

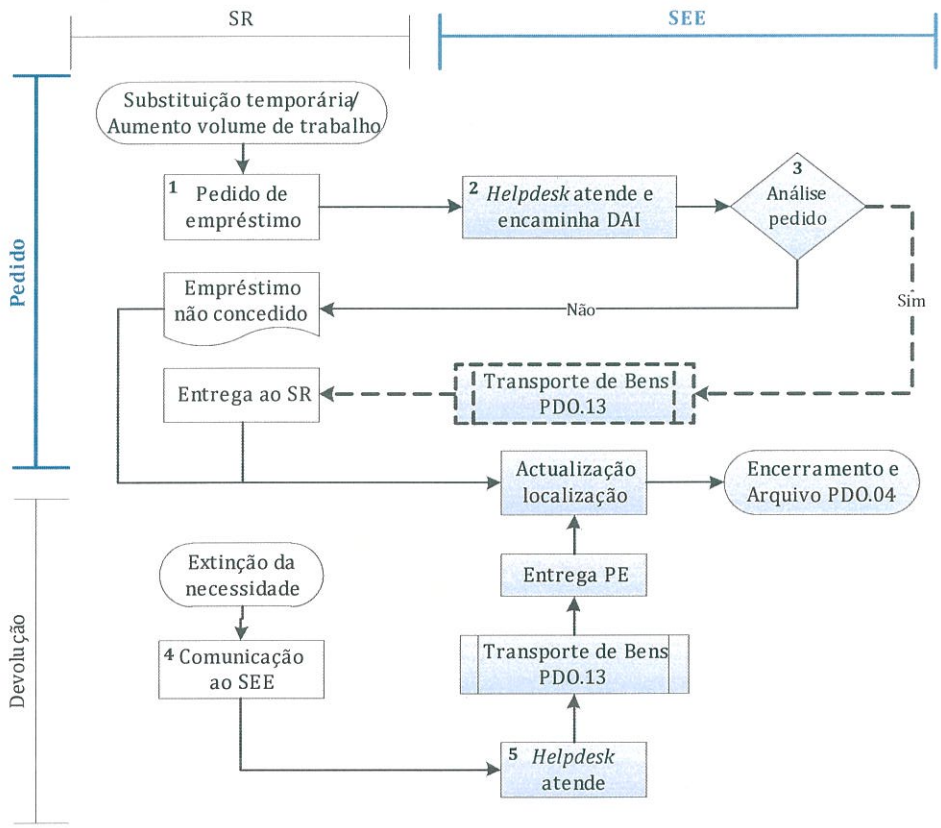
Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

Indicadores

- Tempo médio de respostas aos pedidos de empréstimo

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
	Pedido		
1	Em situações de necessidade de substituição temporária de um Bem em reparação ou de aumento não previsto e temporário do volume de trabalho, o SR pode realizar pedido de empréstimo de Bens ao SEE. Consulta prévia à listagem de Bens para empréstimo, que estará disponível no portal da Instituição, com informação da tipologia e quantidade de Bens disponíveis pelo SR. Caso esteja disponível o Bem pretendido, requisição do empréstimo ao *helpdesk*. Se não for pretendido o transporte do Bem deve ser mencionado no pedido.	SR	

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
2	Recepção do pedido pelo *helpdesk* e encaminhamento para o Resp. DAI para análise do pedido, se necessário conjuntamente com o RS. Resposta aos pedidos num período máximo de 24 horas, dentro do horário de funcionamento do SEE.	*Helpdesk*/ Resp. DAI/ RS	
3	Análise do pedido pelo Resp. DAI, não sendo considerados pedidos de empréstimo de Bens já emprestados (salvo no caso de se enquadrarem em planeamento futuro). Caso não seja possível o empréstimo, o SR é informado pelo *helpdesk*. Caso contrário, o Bem é entregue ao SR, com realização de transporte quando solicitado (**PDO.13**). Actualização da localização no software de Gestão de OTs e encerramento e arquivo da OT criada (**PDO.04**).	DAI/ *Helpdesk*	PDO.04/ PDO.13
	Devolução		
4	Comunicação imediata ao SEE quando a necessidade justificativa do empréstimo se extingue, informando o *helpdesk* da intenção de devolução do Bem ao parque de equipamentos.	SR	
5	Recepção do pedido pelo *helpdesk* e encaminhamento para o DAI para desencadeamento do procedimento de Transporte de Bens (**PDO.13**), por forma a devolver o Bem ao PE. Actualização da localização no software de Gestão de OTs e encerramento e arquivo da OT criada (**PDO.04**).	DAI/ *Helpdesk*	PDO.04/ PDO.13

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.19 CEDÊNCIA DE BENS PARA EMPRÉSTIMO

Coordenação

Departamento de Apoio ao Imobilizado

Objectivo

Descrever a metodologia a adoptar na gestão de pedidos de cedência de Bens para empréstimo desempenhada pelo DAI.

Âmbito

Aplica-se a toda actividade de integração de Bens cedidos para empréstimo do âmbito do SEE.

Definições e Abreviaturas

Resp.	Responsável
CC	Centro de Custo
DAI	Departamento de Apoio ao Imobilizado
OT	Ordem de Trabalho
PE	Parque de Equipamentos
RS	Responsável de Serviço
SC	Serviço Cedente
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina

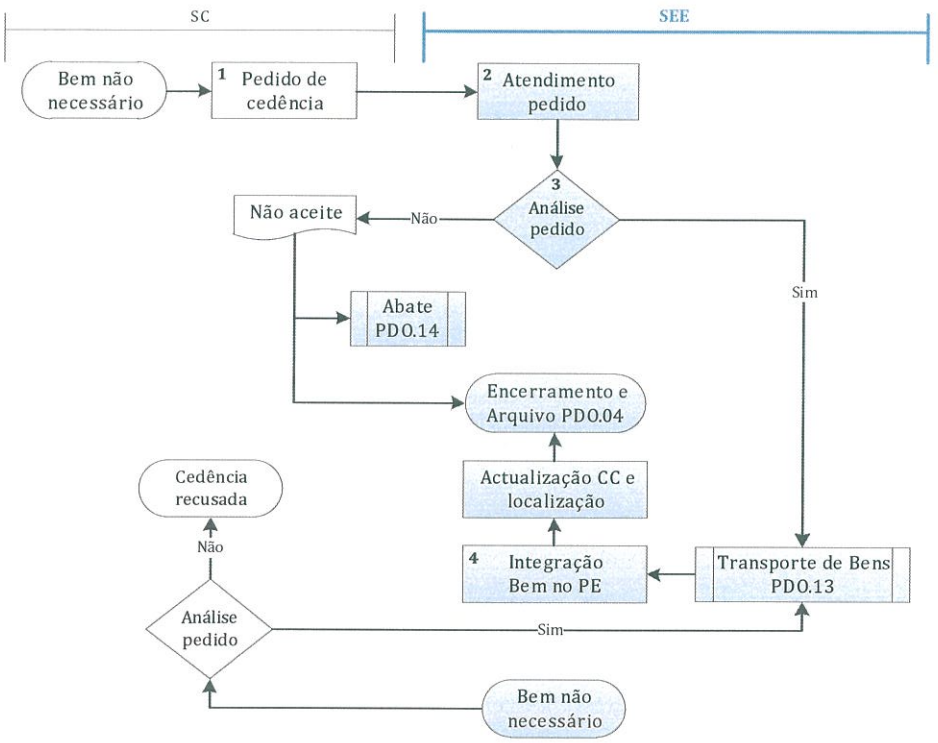
Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

Indicadores

- Tempo médio de respostas aos pedidos de cedência de Bens para empréstimo

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Comunicação ao SEE do interesse em ceder um Bem operacional sem interesse para o serviço, para integração da zona de empréstimos do PE. Nos casos em que a detecção de Bem não necessário resulta de análise do SEE, este propõe a cedência ao SC, que analisa a proposta. Caso autorize, despoleta-se a transferência e a integração no PE, conforme descrito no **ponto 3**.	SC	
2	Recepção do pedido pelo *helpdesk* e encaminhamento para o Resp. DAI para análise da viabilidade do pedido, se necessário conjuntamente com o RS.	*Helpdesk*/ Resp. DAI/ RS	
3	Análise do pedido pelo Resp. DAI. Caso o estado de operacionalidade do Bem torne inviável a aceitação do pedido, é comunicada a decisão ao SC e dá-se início ao Processo de Abate (**PDO.14**). Caso contrário, despoleta-se a transferência do Bem para o CC do SEE (**PDO.16**).	Resp. DAI/ RS	PDO.14/ PDO.16

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
4	Integração do Bem na Zona de Bens para empréstimo do PE e actualização da listagem de Bens para empréstimo disponibilizada no portal da Instituição. Actualização do CC e da localização no software de Gestão de OTs e encerramento e arquivo da OT (**PDO.04**).	DAI/ *Helpdesk*	PDO.04

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 0198
SERVIÇO DE ENGENHARIA BIOMÉDICA

5. Departamento de Electromedicina e Manutenção

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CHOISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.20 ELABORAÇÃO DO PLANO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA

Coordenação

Departamento de Electromedicina e Manutenção

Objectivo

Descrever a metodologia aplicada no planeamento da manutenção preventiva anual.

Âmbito

Aplica-se à actividade de manutenção preventiva do âmbito do SEE.

Definições e Abreviaturas

Resp.	Responsável
CAT	Contrato de Assistência Técnica
DEM	Departamento de Electromedicina e Manutenção
FV	Folha de Verificação
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
MPV	Manutenção Preventiva
PAT	Prestador de Assistência Técnica
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SR	Serviço Requisitante

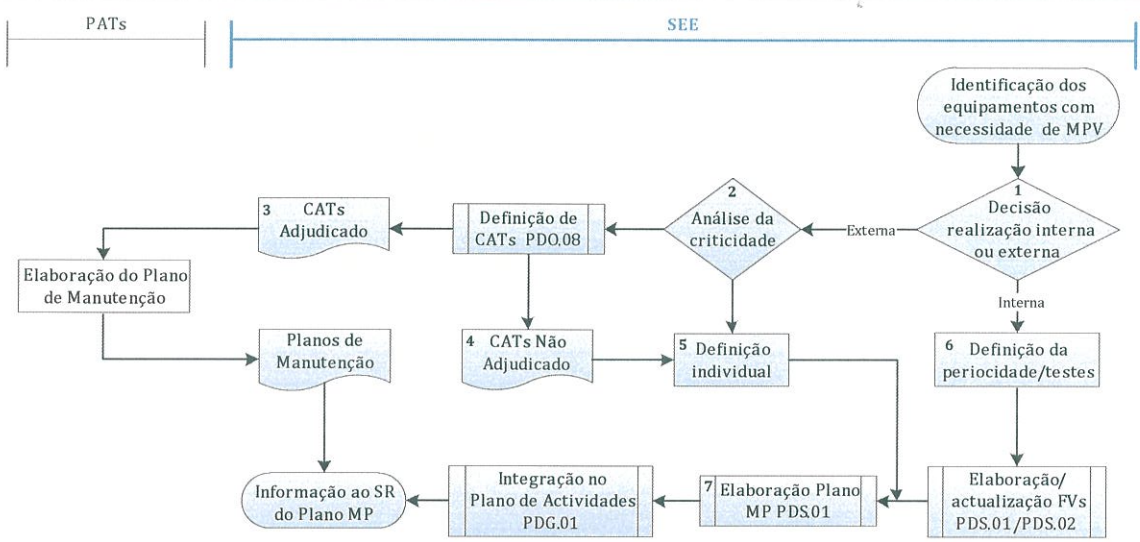
Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

Indicadores

- Atraso (em dias) no cumprimento do prazo para a elaboração do Plano MPV (até dois meses antes do término do ano corrente)

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASCIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Decisão quanto à realização interna ou externa da manutenção preventiva aos equipamentos identificados como apresentando necessidade. Caso de opte por contratação externa, proceder conforme **ponto 2**. Caso a manutenção preventiva seja realizada internamente, proceder conforme **ponto 6**.	DEM/RS	
	Externa		
2	Análise da criticidade dos equipamentos para inclusão ou não em CAT. Caso não se justifique, a manutenção preventiva é efectuada caso a caso (**ponto 5**). Caso se pretenda incluir, procede-se à efectivação de CAT segundo o **PDO.08**.	DEM/RS	PDO.08
3	Nas situações em que os CATs são efectivados, os PATs elaboram o planeamento das intervenções, informando o SEE do Plano MP estabelecido. O SEE informa os SR do plano definido para verificação da disponibilidade nas datas pretendidas. Caso o SR não concorde, é comunicado ao PAT para novo agendamento.	PATs/ *Helpdesk*	

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
4	Nas situações em que os CATs não são efectivados, recorre-se ao contacto com empresa externa (**ponto 5**).	DEM/RS	
5	Definição da empresa externa para realização da manutenção preventiva dos diferentes equipamentos.		
	Interna		
6	Definição da periocidade para a realização da manutenção preventiva e dos testes a incluir, em função do equipamento Elaboração/actualização das respectivas FVs, segundo **PDS.01/PDS.02**.	DEM	PDS.01/ PDS.02
7	Elaboração do Plano de MP, até dois meses antes do término do ano corrente, englobando as intervenções internas e as de empresa externa, com indicação dos equipamentos abrangidos por respectivo SR e da periocidade definida. Inclusão deste no Plano de Actividades, procedendo-se conforme **PDG.01**. Após aprovação, informa-se os SR da manutenção preventiva planeada.	Resp. HPQ/ RS/ DEM/ *Helpdesk*	PDG.01

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.21 REALIZAÇÃO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA INTERNA

Coordenação

Departamento de Electromedicina e Manutenção

Objectivo

Descrever o procedimento adoptado na realização de manutenção preventiva por técnico interno do DEM.

Âmbito

Aplica-se à actividade de manutenção preventiva interna do âmbito do SEE.

Definições e Abreviaturas

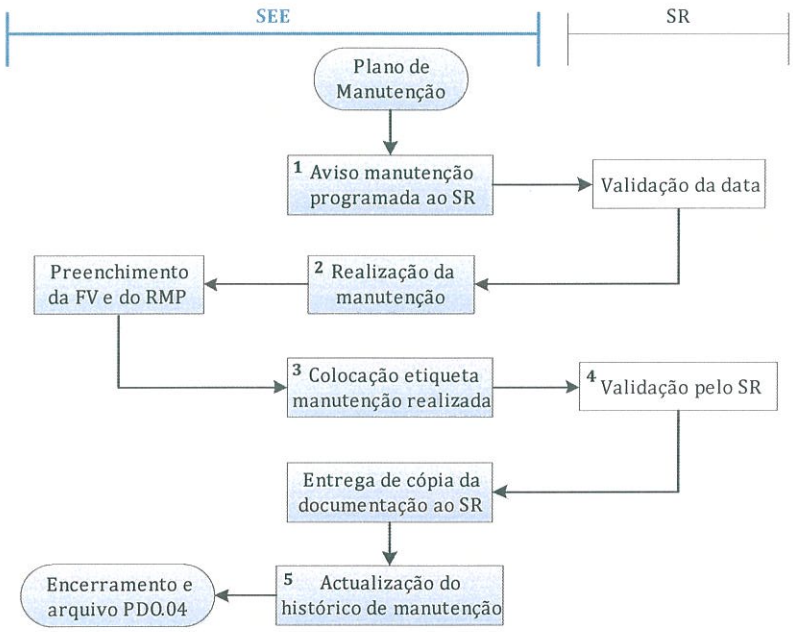
DEM	Departamento de Electromedicina e Manutenção
FV	Folha de Verificação
OT	Ordem de Trabalho
RMP	Relatório de Manutenção Preventiva
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SR	Serviço Requisitante

Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

Indicadores

- Atraso (em dias) em relação ao programado no Plano MPV

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Alerta do SR para a realização próxima de manutenção preventiva, conforme o definido no Plano de Manutenção. Realização do aviso com no início do mês definido para confirmação da data pelo SR.	DEM	Plano de Manutenção
2	Realização da manutenção preventiva pelo técnico do SEE a partir do definido na FV correspondente ao equipamento. Registo das acções realizadas na FV e preenchimento do RMP.		FV02 a FV24/ SEE.11
3	Identificação da realização de manutenção preventiva no equipamento através da colocação de etiqueta com a seguinte informação: **Manutenção Preventiva** **Executada dia dd/mm/aa** **Pelo SEE** **Próxima Manutenção mm/aa**		

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
4	Validação da realização da manutenção preventiva pelo SR através da assinatura do RMP e da FV, conjuntamente com a OT associada. Entrega pelo técnico de cópia da documentação ao SR.	SR/ DEM	FV02 a FV24/ SEE.11
5	Actualização do histórico de manutenção do equipamento no software de Gestão de OTs. Encerramento e arquivo da OT (**PDO.04**).	DEM/ *Helpdesk*	PDO.04

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

6. Departamento de Controlo Ambiental e Energético

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.22 ELABORAÇÃO DO PLANO DE MANUTENÇÃO DCAE

Coordenação

Departamento de Controlo Ambiental e Energético

Objectivo

Descrever a metodologia aplicada no planeamento da manutenção anual necessária no âmbito ambiental e energético.

Âmbito

Aplica-se à actividade de manutenção do âmbito do SEE.

Definições e Abreviaturas

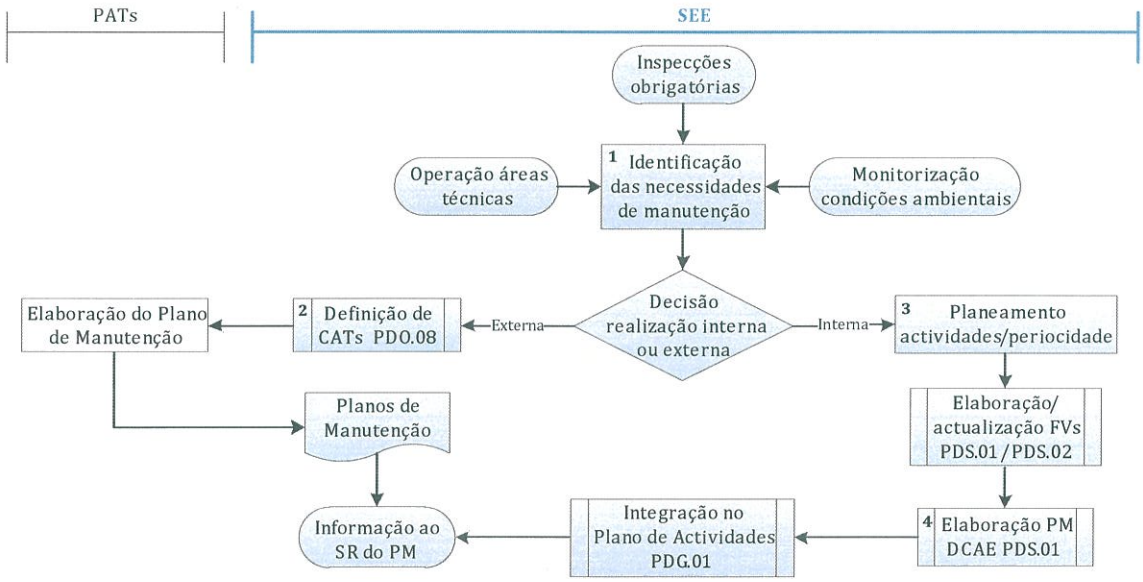
Resp.	Responsável
AVAC	Aquecimento, Ventilação e Ar Condicionado
CAT	Contrato de Assistência Técnica
DCAE	Departamento de Controlo Ambiental e Energético
FV	Folha de Verificação
HPQ	*Helpdesk,* Planeamento e Qualidade
PAT	Prestador de Assistência Técnica
PM	Plano de Manutenção
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SR	Serviço Requisitante
UTA	Unidade de Tratamento de Ar

Indicadores

- Atraso (em dias) na elaboração do PM DCAE (até dois meses antes do término do ano corrente)

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Identificação das necessidades de manutenção do âmbito do DCAE e análise dos recursos internos para a sua realização, tendo em consideração as actividades de operação das áreas técnicas, de monitorização das condições ambientais e de garantia da realização das inspecções periódicas obrigatórias.	Resp. DCAE/ RS	
2	Planeamento da manutenção externa para: ▪ a monitorização das condições ambientais (parâmetros microbiológico, físicos e químicos, e gases de combustão); ▪ a operação técnica das centrais de gases medicinais, das estações de tratamento de água, da água para hemodiálise; dos sistemas AVAC, das UTAs e dos sistemas de produção de frio. Efectivação de CATs conforme o **PDO.08**. Após a aprovação, os PATs elaboram o planeamento das intervenções, informando o SEE do Plano MP estabelecido. Nos casos em que se justifique, o SEE informa os SR do plano definido para verificação da disponibilidade nas datas pretendidas. Caso o SR não concorde, é comunicado ao PAT para novo agendamento.	Resp. DCAE/ Resp. HPQ	PDO.08

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
3	Planeamento da manutenção desempenhada internamente: controlo interno à qualidade da água e operação das centrais térmicas. Definição da periocidade e das actividades a realizar. Planeamento da realização das inspecções obrigatórias. Elaboração/actualização das respectivas FVs, segundo **PDS.01/PDS.02**.	DCAE/ Resp. HPQ	PDS.01/ PDS.02
4	Elaboração do Plano de MP DCAE, até dois meses antes do término do ano corrente, com indicação dos equipamentos/locais abrangidos por respectivo SR e da periocidade definida. Inclusão deste no Plano de Actividades, procedendo-se conforme **PDG.01**. Após aprovação, informa-se os SR da manutenção preventiva planeada, caso a natureza da actividade o justifique.	Resp. HPQ/ RS/ DCAE/ *Helpdesk*	PDG.01

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
HOSP. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.23 COORDENAÇÃO DA MONITORIZAÇÃO EXTERNA DAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS

Coordenação

Departamento de Controlo Ambiental e Energético

Objectivo

Descrever o procedimento adoptado pelo DCAE na coordenação da monitorização das condições ambientais realizada pelas empresas prestadoras de assistência técnica.

Âmbito

Aplica-se à actividade de monitorização das condições ambientais do âmbito do DCAE.

Definições e Abreviaturas

Resp.	Responsável
CA	Conselho de Administração ou o órgão em que delegar
CAT	Contrato de Assistência Técnica
DCAE	Departamento de Controlo Ambiental e Energético
OT	Ordem de Trabalho
PAT	Prestador de Assistência Técnica
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SR	Serviço Requisitante

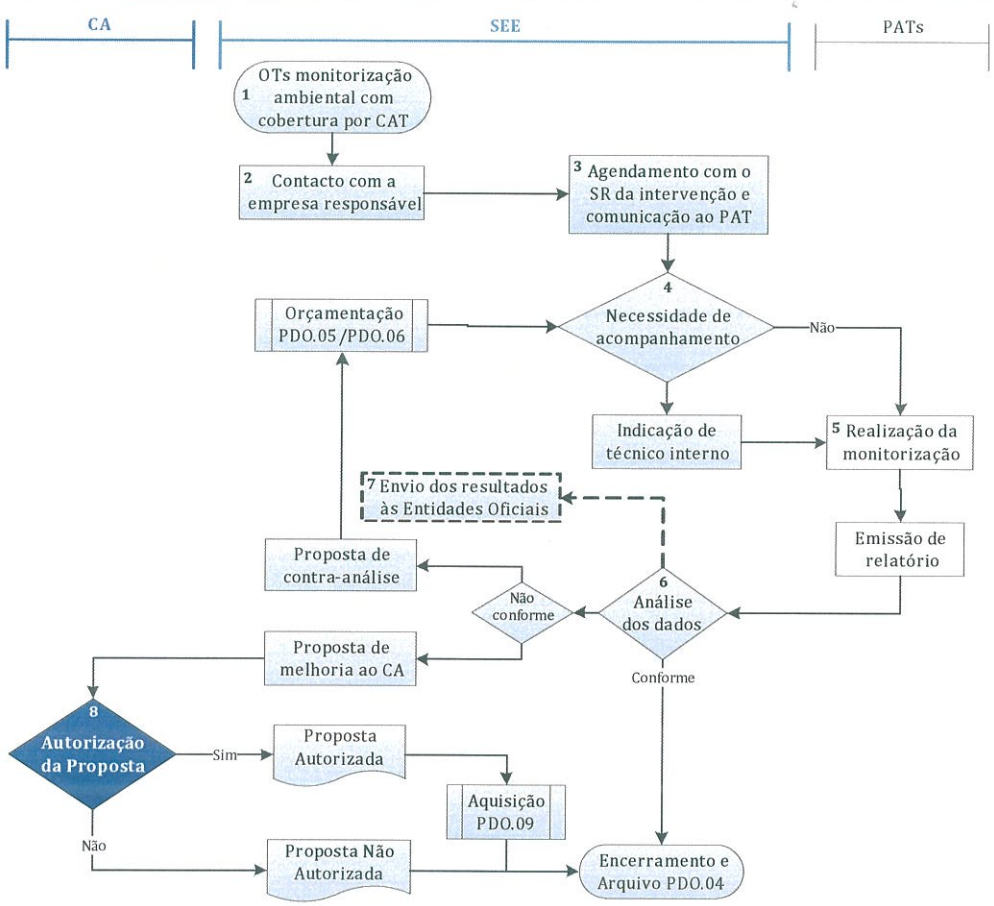
Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

Indicadores

- Cumprimento do número de OTs programadas no PM DCAE
- Número de não conformidades detectadas nas condições ambientais

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	OT relativa às actividades de monitorização das condições ambientais com cobertura de CAT resultantes do PM DCAE definido.	*Helpdesk*	
2	Contacto efectuado pelo *helpdesk* com a empresa externa responsável via fax, telefone e/ou email, com informação de que este se deve deslocar às instalações do SEE, caso a OT seja referente à Unidade I.		
3	Agendamento com o SR da data possível para a realização da monitorização e comunicação ao PAT.	Resp. DCAE	

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável de Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
4	Avaliação da necessidade de acompanhamento à deslocação da empresa pelo técnico interno. Caso seja uma intervenção acompanhada, indicação do técnico interno responsável pela supervisão da totalidade da intervenção.		
5	Realização da monitorização, que pode consistir em avaliação/medição no local ou na recolha de amostra para análise externa, em função dos parâmetros monitorizados. Emissão de relatório com os resultados registados e envio para o SEE.	PAT	
6	Análise dos dados presentes no relatório fornecido. Caso os valores medidos estejam conformes, procede-se ao encerramento e arquivo conforme **PDO.04**, com anexação do relatório de monitorização. Em caso de não conformidade, opta-se pela proposta de realização de contra-análise ou pela proposta de melhorias de instalações técnicas ao CA, consoante se considere mais adequando em função da análise dos resultados. No caso de contra-análise, uma vez que não há contemplação no CAT da repetição de medições, pede-se orçamento para nova monitorização (**PDO.05/PDO.06**).	Resp. DCAE/ Resp. HPQ	PDO.04/ PDO.05/ PDO.06
7	**Se obrigatório**, segundo a legislação em vigor para determinado parâmetro, procede-se à comunicação dos valores medidos às Entidades Oficiais.		
8	Análise da proposta pelo CA e tomada de decisão e informação ao SEE. Caso seja autorizada, dá-se início ao processo de aquisição (**PDO.09**). Encerramento e arquivo do processo (**PDO.04**). Caso contrário, o processo é encerrado e arquivado (**PDO.04**).	CA	PDO.04/ PDO.09

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.24 CONTROLO INTERNO DA QUALIDADE DA ÁGUA

Coordenação

Departamento de Controlo Ambiental e Energético

Objectivo

Descrever a metodologia aplicada no controlo interno à qualidade da água realizado pelo DCAE.

Âmbito

Aplica-se à actividade de monitorização das condições ambientais do âmbito do DCAE.

Definições e Abreviaturas

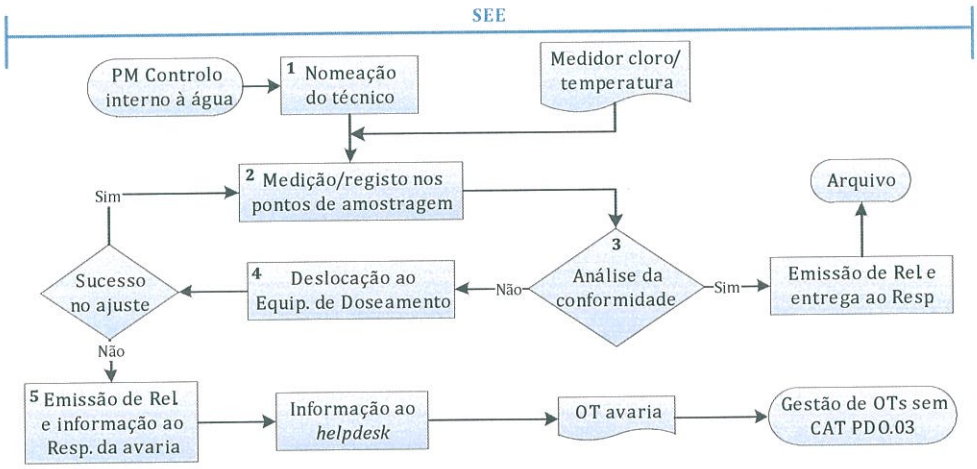
Assist.	Assistente
Equip.	Equipamento
Rel.	Relatório
Resp.	Responsável
CAT	Contrato de Assistência Técnica
DCAE	Departamento de Controlo Ambiental e Energético
OT	Ordem de Trabalho
PM	Plano de Manutenção
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina

Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

Indicadores

- Cumprimento do número de medições definido no PM DCAE
- Número de não conformidades detectadas nos níveis de cloro/temperatura

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Nomeação do técnico para a realização do controlo interno da qualidade da água, conforme o PM.	Resp. DCAE	
2	Realização das medições e respectivo registo nos pontos de amostragem (torneiras) definidos com recurso ao medidor de cloro/temperatura atribuído ao DCAE.	Assist. DCAE	
3	Análise da conformidade dos valores registados em relação aos parâmetros definidos. Caso estejam conformes, elaboração de relatório e entrega ao Resp. DCAE para verificação, sendo o processo arquivado pelo *helpdesk*.	Resp. DCAE/ *Helpdesk*	
4	Em caso de não conformidade, deslocação ao Equip. de Doseamento para ajuste do aparelho. Caso o ajuste seja realizado com sucesso, procede-se a nova medição no ponto de amostragem com resultado anómalo, para verificação do efeito correctivo da acção. Caso contrário, considera-se avaria do Equip..	Assist. DCAE	
5	Preenchimento de relatório reportando a avaria ao Resp. DCAE, que informa o *helpdesk* para emissão de OT. Procede-se conforme **PDO.03**.	Resp. DCAE/ *Helpdesk*	PDO.03

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.25 GESTÃO DAS EMPRESAS DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA EM PERMANÊNCIA

Coordenação

Departamento de Controlo Ambiental e Energético

Objectivo

Descrever o procedimento adoptado na gestão da interacção com as empresas de assistência técnica em regime de permanência no âmbito do DCAE.

Âmbito

Aplica-se à actividade de monitorização dos CATs do âmbito do DCAE.

Definições e Abreviaturas

CAT	Contrato de Assistência Técnica
DCAE	Departamento de Controlo Ambiental e Energético
OT	Ordem de Trabalho
PAT	Prestador de Assistência Técnica
PM	Plano de Manutenção
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SR	Serviço Requisitante

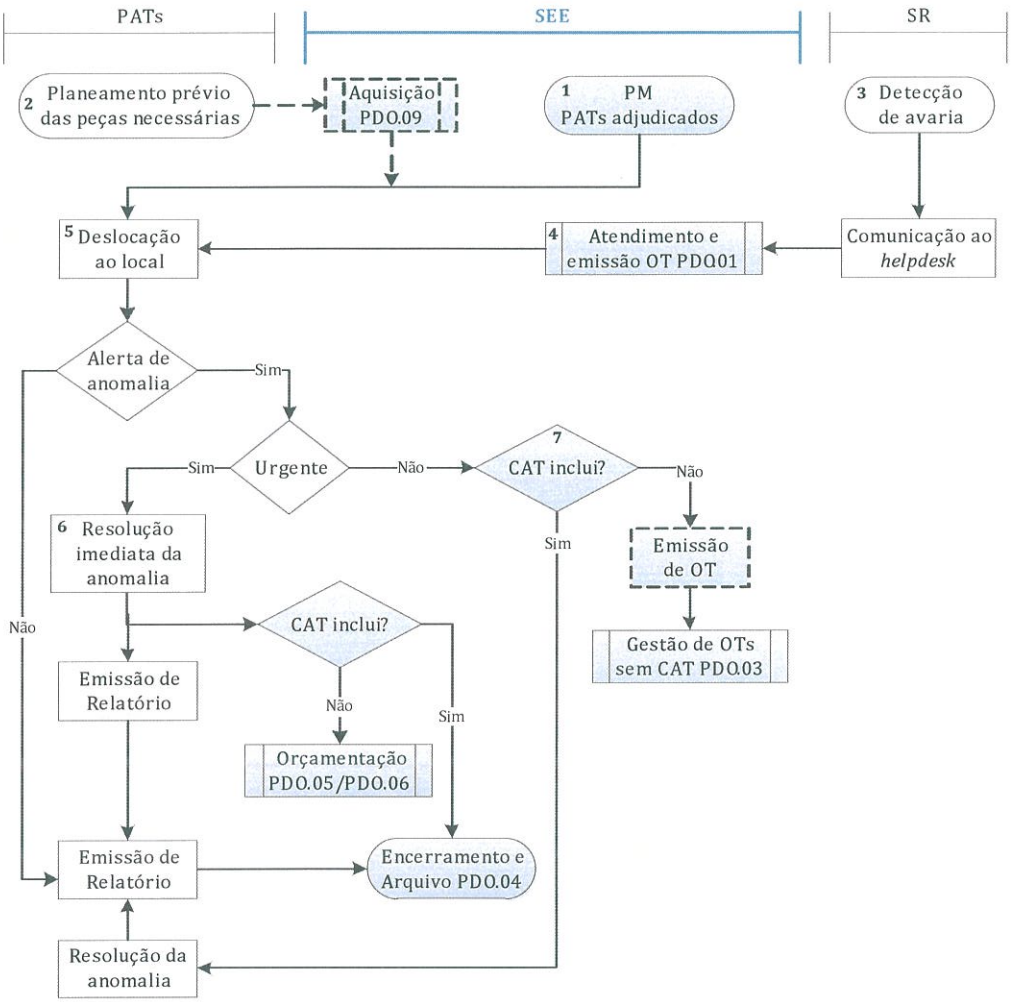
Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

Indicadores

- Cumprimento das condições de permanência definidas no PM DCAE
- Tempo entre a detecção da anomalia e a sua resolução
- Número de anomalias detectadas

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CHOISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Plano de Manutenção definido com o PAT adjudicado que define as actividades comtempladas no contrato, o tempo de permanência na Instituição e a regularidade das acções de manutenção. No caso das acções de manutenção preventiva, o plano é carregado no software de Gestão de OTs para geração automática das OTs necessárias, como previsto no **PDG.01**.	DCAE	PDG.01

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
2	**Nos casos aplicáveis**, o PAT faz o planeamento prévio das necessidades de aquisição de peças para o cumprimento do plano delineado, comunicando ao SAL para desencadeamento do processo de aquisição (**PDO.09**).	PAT	PDO.09
3	Detecção de avaria pelo SR, que efectua a comunicação da ocorrência ao *helpdesk*.	SR	
4	Atendimento da requisição relativa à avaria, emissão de OT (**PDO.01**) e encaminhamento ao respectivo PAT.	*Helpdesk*	PDO.01
5	Realização da visita aos locais definidos no plano estabelecido para manutenção ou verificação. Em caso de detecção de anomalia, avaliação do grau de urgência. Caso contrário, emissão de relatório de actividade e envio ao Resp. DCAE para verificação, sendo o processo arquivado pelo helpdesk.	PAT	
6	Caso seja urgente, o(s) técnico(s) externo(s) em permanência procede(m) à mobilização dos recursos necessários para a resolução imediata da anomalia identificada, emitindo relatório da actividade. Nos casos em que a intervenção realizada está incluída no CAT, procede-se ao encerramento e ao arquivo (**PDO.04**). Caso contrário é necessário pedir orçamento da mesma para regularização da situação (**PDO.05/PDO.06**).		PDO.04/ PDO.05/ PDO.06
7	Caso a urgência não seja imediata, análise se a intervenção necessária está incluída no CAT. Quando é coberta pelo CAT, o(s) técnico(s) externo(s) resolve(m) a anomalia, emitindo relatório da actividade. Encerramento e arquivo do processo conforme **PDO.04**. Quando a intervenção não é contemplada, comunica-se ao *helpdesk,* que actua conforme o **PDO.03**. Caso ainda não exista OT associada à anomalia, o *helpdesk* procede à sua emissão.	PAT/ *helpdesk*	PDO.03/ PDO.04

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CASTRO
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.26 MANUTENÇÃO DAS CENTRAIS TÉRMICAS E AVAC

Coordenação

Departamento de Controlo Ambiental e Energético

Objectivo

Descrever o procedimento adoptado na manutenção das centrais térmicas, de forma a assegurar o seu correcto funcionamento.

Âmbito

Aplica-se à actividade de manutenção do âmbito do DCAE.

Definições e Abreviaturas

Assist.	Assistente
Resp.	Responsável
DCAE	Departamento de Controlo Ambiental e Energético
OT	Ordem de Trabalho
PM	Plano de Manutenção
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SR	Serviço Requisitante

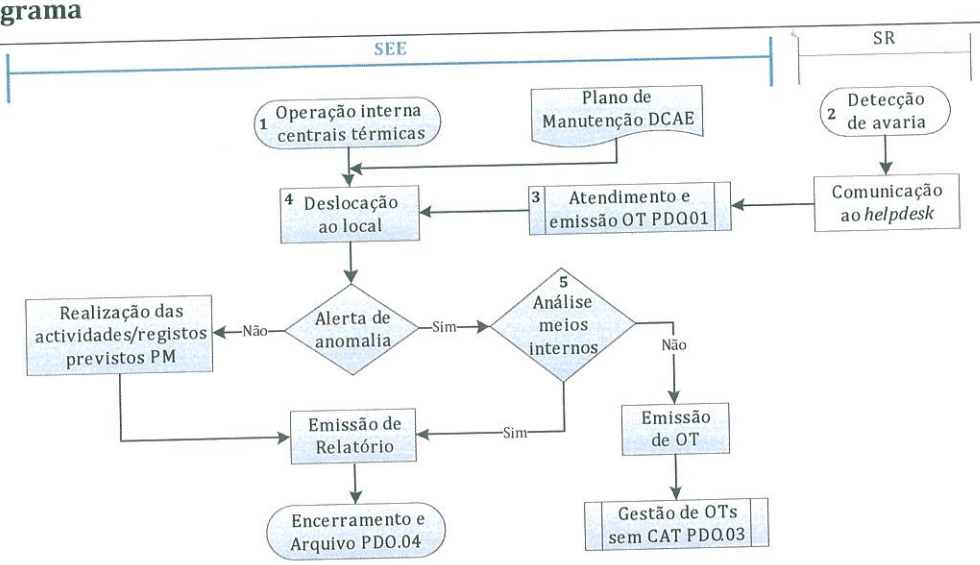
Helpdesk – serviço de suporte que centraliza as actividades de atendimento aos clientes internos e externos.

Indicadores

- Cumprimento da frequência de visita definida no PM DCAE
- Tempo entre a detecção da anomalia e a sua resolução
- Número de anomalias detectadas

CHVNG/E, E.P.E.
ENG. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Operação interna diária das centrais térmicas da Instituição, pelo técnico do DCAE, conforme o PM.	DCAE	
2	Detecção de avaria pelo SR, que efectua a comunicação da ocorrência ao *helpdesk*.	SR	
3	Atendimento da requisição relativa à avaria, emissão de OT (**PDO.01**) e encaminhamento para o Resp. DCAE.	*Helpdesk*	PDO.01
4	Deslocação às centrais térmicas para cumprimento PM ou para verificação da avaria reportada pelo SR. Em caso de detecção de anomalia, diagnóstico pelo Assist. DCAE e determinação se detém meios internos para a resolver. Caso contrário, realização das actividades e registos previstos no PM, preenchimento de relatório de actividade e envio ao Resp. DCAE, que efectua o arquivo.	DCAE/ *Helpdesk*	PDO.04
5	Caso o Assist. detenha meios internos, resolução da anomalia, emissão relatório e envio ao Resp. DCAE, que efectua o arquivo. Caso contrário, emissão de OT para resolução da anomalia por empresa externa (**PDO.03**).		PDO.03/ PDO.04

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.27 ELABORAÇÃO DO PLANO DE EFICIÊNCIA ENERGÉTICA

Coordenação

Responsável de Serviço

Objectivo

Definir a metodologia de planeamento relativo à melhoria da eficiência energética na Instituição, de forma a garantir o cumprimento dos requisitos legais.

Âmbito

Aplica-se ao planeamento global do SEE.

Definições e Abreviaturas

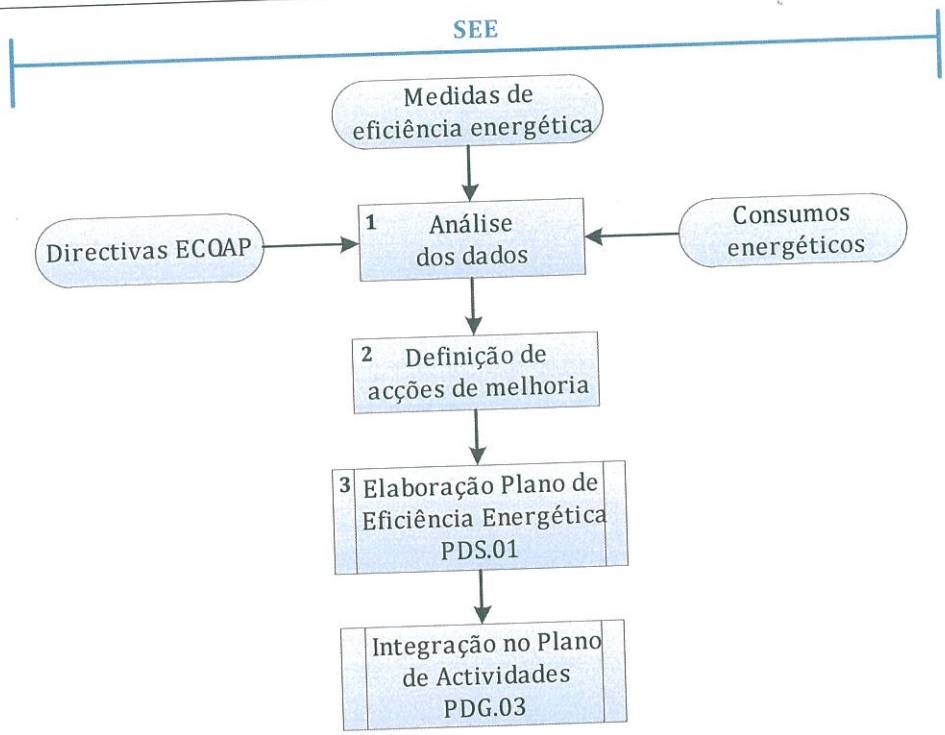
Resp.	Responsável
DCAE	Departamento de Controlo Ambiental e Energético
ECO.AP	Programa de Eficiência Energética na Administração Pública
GLE	Gestor Local de Energia
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina

Indicadores

- Atraso (em dias) no cumprimento do prazo para a elaboração do Plano de Eficiência Energética (até dois meses antes do término do ano corrente)

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIANO [illegible]
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Análise das directivas e dos requisitos do ECO.AP e dos dados relativos aos consumos energéticos e às medidas de eficiência em vigor na Instituição.	Resp. DCAE/ GLE	
2	Definição das acções de melhoria a implementar de forma a melhorar a gestão dos recursos energéticos e a assegurar o cumprimento da legislação.		
3	Elaboração do Plano de Eficiência Energética, até dois meses antes do término do ano corrente clarificando as acções definidas. Inclusão deste no Plano de Actividades, procedendo-se conforme **PDG.03**.	HPQ	PDG.03

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Procedimento Documentado:

PDO.28 REGISTO DOS CONSUMOS DA INSTITUIÇÃO

Coordenação

Departamento de Controlo Ambiental e Energético

Objectivo

Descrever a metodologia aplicada no registo e controlo dos consumos da Instituição.

Âmbito

Aplica-se à actividade de melhoria ambiental e energética do âmbito do DCAE.

Definições e Abreviaturas

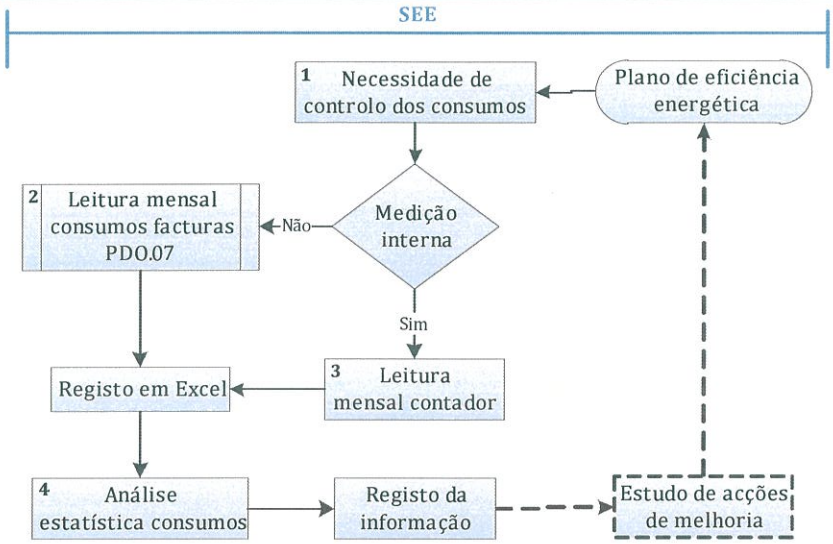
Assist.	Assistente
Resp.	Responsável
DCAE	Departamento de Controlo Ambiental e Energético
RS	Responsável de Serviço
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina

Indicadores

- Cumprimento da realização de leituras mensais
- Número de desvios em relação ao intervalo médio parametrizado

CHVNG/E, E.P.E.
HOSPITAL DE GAIA
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Fluxograma



Acção	Descrição	Resp.	Doc./Reg.
1	Realização de registo dos consumos de electricidade, água, gás natural, vapor, água quente sanitária e de gases medicinais para controlo como previsto no Plano de eficiência energética. Decisão de quais os consumos medidos internamente ou externamente.	Resp. DCAE	
2	Leitura mensal dos consumos de água, gás natural, vapor, água quente sanitária e de gases medicinais através dos valores facturados pelas entidades gestoras externas (**PDO.07**).		PDO.07
3	Leitura mensal dos consumos de electricidade nos contadores da Instituição.	Assist. DCAE	
4	Análise estatística dos consumos registados em relação ao intervalo médio parametrizado como referência e registo das conclusões. Estudo de eventuais acções de melhoria a incluir no plano de eficiência energética da Instituição para posterior envio ao CA.	Resp. DCAE/ RS	

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

1ª edição, revisão 0 - não existem alterações.

INVENTAR, E.P.E.
Eng. CASSIANO CITOLER
Responsável do Serviço
Nº Mec. 0169
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Anexo 16 Norma de Registo e Controlo dos Bens Inventariáveis

CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

Serviço de Equipamentos e Electromedicina

Registo e Controlo dos Bens Inventariáveis

Norma

Vila Nova de Gaia, 6 de Abril de 2011

Centro Hospitalar de
Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
Rua Conceição Fernandes s/n
4434-502 Vila Nova de Gaia

www.chvng.min-saude.pt
Tel. +351 22 786 51 00
Fax +351 22 783 02 09

NIPC 508 142 156
Capital Estatutátio 47.082.000,00
Registo Comercial nº508 142 156
geral@chvng.min-saude.pt

Ministério da Saúde

CONTROLO DO DOCUMENTO

Responsável: Eng.º Cassien Croisé

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

Data	Autor	Descrição
07-03-2011	Inês Pinho	Criação do Documento
06-04-2011	Inês Pinho	1ª Edição

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICIN
SERVIÇO DE ENGENHARIA

PROMULGAÇÃO DA NORMA

A presente Norma regulariza as actividades de registo e controlo do imobilizado corpóreo do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, de forma a assegurar a qualidade do inventário realizado, que deve expressar a realidade patrimonial da Instituição e deve permitir a qualquer momento conhecer o estado, valor, afectação e localização dos Bens.

O Responsável de Serviço assume a responsabilidade pela divulgação da Norma e por assegurar que esta é entendida e cumprida, bem como o Responsável do Departamento de Apoio ao Imobilizado assume a responsabilidade por garantia a conformidade dos procedimentos efectuados.

Vila Nova de Gaia, 6 de Abril de 2011

O Responsável do Departamento de Apoio ao Imobilizado,

O Responsável de Serviço,

ÍNDICE

CONTROLO DO DOCUMENTO II
PROMULGAÇÃO DA NORMA III
ÍNDICE 4
1. INTRODUÇÃO 5
1.1 Âmbito 5
1.2 Objectivos 5
1.3 Abreviaturas 5
1.4 Responsabilidades 6
1.5 Acesso 6
2. IMOBILIZADO CORPÓREO 7
3. INVENTARIAÇÃO 8
3.1 Critérios de Inventariação 9
3.2 Identificação dos Bens 10
3.2.1 Método de identificação 11
4. CONTROLO INTERNO 12
5. BENS INVENTARIÁVEIS 14
5.1 Listagem 14

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICI

1. INTRODUÇÃO

1.1 Âmbito

A presente Norma é aplicável a todo o Serviço de Equipamentos e Electromedicina, abrangendo todos os tipos de Bens que integram o Activo Fixo (Bens móveis e imóveis) e o controlo do seu percurso desde o momento da sua recepção/construção até ao da sua desafectação e consequente destino final.

1.2 Objectivos

O objectivo da presente Norma é regularizar as actividades de registo e controlo do imobilizado corpóreo do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, de forma a alcançar um inventário que expresse a realidade patrimonial da Instituição, permitindo, a qualquer momento, conhecer o estado, valor, afectação e localização dos bens.

1.3 Abreviaturas

Resp.	Responsável
CA	Conselho de Administração
CHVNG/E	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
CIBE	Cadastro e Inventário dos Bens do Estado
DAI	Departamento de Apoio ao Imobilizado
HPQ	*Helpdesk*, Planeamento e Qualidade
MPD	Manual de Procedimentos
PDO	Procedimento Operacional
PDS	Procedimento de Suporte
RS	Responsável de Serviço
SAL	Serviço de Aprovisionamento e Logística
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina

1.4 Responsabilidades

A manutenção e actualização da presente Norma são da responsabilidade do HPQ, sendo o documento verificado pelo Representante para a Gestão da Qualidade e aprovado pelo RS.

1.5 Acesso

O original da Norma para o Registo e Controlo de Imobilizado Corpóreo, para todos os documentos que a constituem, encontra-se disponível no directório de acesso restrito ao Representante para a Gestão da Qualidade e ao RS: \\172.20.91.2\see$\SGQ\Originais\Normas Internas.

A cópia de trabalho da mesma é disponibilizada a todos os colaboradores do SEE no directório partilhado: \\172.20.91.2\see$\SGQ\Normas Internas.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICIN

2. IMOBILIZADO CORPÓREO

Decorrente da actividade do CHVNG/E, os Bens da Instituição têm uma importância significativa nos custos efectivos e operacionais desta e no desempenho eficiente da sua competência. É da responsabilidade do SEE uma eficaz gestão do imobilizado corpóreo do CHVNG/E, pretendendo a presente Norma estabelecer a metodologia de registo e controlo interno dos bens baseada em inventário. Este deve expressar a realidade patrimonial do CHVNG/E, permitindo, a qualquer momento, conhecer o estado, valor, afectação e localização dos bens.

O imobilizado corpóreo é constituído por Bens adquiridos e oferecidos, tangíveis móveis e imóveis, sendo incluídos:

- Bens detidos pela Instituição para fins de utilização no decorrer da sua actividade, de forma duradoura e continuada;
- Reparações ou remodelações que valorizem ou prolonguem a duração dos Bens;

Um Bem é reconhecido como imobilizado corpóreo como resultado da previsão de este gerar, no futuro, benefícios económicos para a Instituição no futuro; e da exigência de existir um controlo administrativo e físico do Bem.

Contabilisticamente, o CHVNG/E considera na imobilização dos Bens, que devem ser corporizados os Bens cuja vida útil é superior a um ano e/ou o seu valor importa em pelo menos 50€; caso contrário devem ser despesados.

Na defesa do interesse da Instituição, para o processo de inventariação de Bens foram adoptados outros critérios, no seguimento das directivas do CA, definidos pela presente Norma.

3. INVENTARIAÇÃO

A gestão e controlo do inventário dos Bens são efectuados através do software pelo SEE, sendo a responsabilidade centralizada no DAI.

No software é criado/actualizado o cadastro individual informatizado do Bem, onde são registados os elementos necessários à sua correcta identificação (quando aplicável): descrição, marca, modelo, número de série, classe, localização, código/descrição do serviço, data/número do documento/valor de aquisição, número da nota de encomenda, data de fabrico, código/descrição fornecedor, código/descrição prestador de assistência técnica, fim de garantia, fixo ou móvel, imagem fotográfica e outras observações pertinentes.

Todos os campos devem ser preenchidos em letra maiúscula, incluindo "Ç" e excluindo acentos, excepto as observações consideradas pertinentes, para as quais não se consideram regras específicas. Na localização, deve ser indicado o edifício, andar e sala, segundo a codificação definida na secção 3.2 da presente Norma.

No caso de o Bem corresponder a um equipamento são anexados ao cadastro individual informatizado, como informação complementar, os seguintes documentos: processo de aquisição; manual técnico; manual de utilizador e declaração CE. No caso de corresponder a uma instalação deve ser anexado o processo de adjudicação.

A disponibilização dos documentos é da responsabilidade do SAL, sendo que esta deve ser efectuada em suporte digital através de uma pasta criada para o efeito numa pasta partilhada SAL-SEE. É igualmente da responsabilidade do SAL garantir a conformidade dos documentos, nomeadamente a inclusão do manual de utilizador em português.

3.1 Critérios de Inventariação

Consideram-se como critérios para inventariação de Bens os seguintes factores:

- Duração

O Bem deve ter uma vida útil superior a um ano;

- Materialidade

Bens cujo valor de aquisição importa em pelo menos 200 € ou aqueles cujo valor é inferior ao referido, mas que a instituição entenda que deva controlar;

Grandes reparações ou beneficiações aos bens que importem em pelo menos 10.000 €;

- Composição

Consoante as suas características, os bens podem ser inventariados individualmente (unidades), por conjuntos de bens ou por sistemas de bens;

Conjunto de Bens – entende-se por aqueles que não são desagregáveis, estando o seu valor no todo. Ex.: Malas de emergência de ambulância;

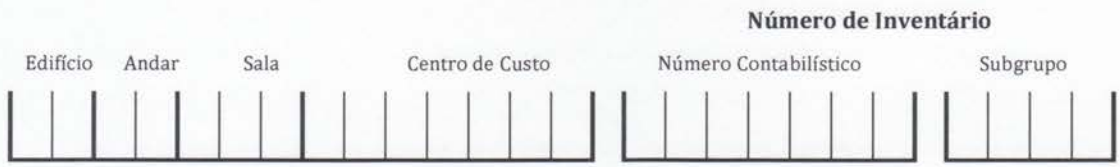
Sistemas de Bens – aqueles cuja funcionalidade e produtividade depende da sua agregação, podendo agrupar unidades e/ou conjuntos. Ex.: Sistemas de ar condicionado.

Por forma a centralizar e uniformizar o processo de inventariação, os bens inventariáveis estão enumerados na secção 5 da presente Norma, juntamente com as notas explicativas entendidas necessárias, onde constam os bens de valor inferior a 200 € que a instituição entende dever controlar nos diferentes grupos de Bens considerados.

A identificação da necessidade de inclusão de Bens não contemplados na listagem elaborada é da responsabilidade do DAI, que a deve comunicar ao responsável pela actualização da presente Norma, com a avaliação do RS.

3.2 Identificação dos Bens

É atribuído aos diferentes Bens um código relativo à sua localização, classe e subclasse, e um número de inventário sequencial, gerado informaticamente no software. A codificação pode ser esquematizada como a seguir apresentado, sendo constituída por uma sequência de cinco conjuntos de algarismos.



Edifício – código de letra(s) representativo dos diferentes edifícios;

Andar – número indicativo do andar no edifício:

- 0 – piso térreo;
- -1, -2, -3, ..., -n – pisos subterrâneos;
- 1, 2, 3, ..., n – pisos superiores;

Sala – código numérico sequencial atribuído a cada sala, numeradas por piso da esquerda para a direita partindo da entrada principal;

Centro de Custo – código numérico atribuído aos centros de custo, segundo a estrutura codificativa do software.

Número de Inventário

- Número contabilístico – código numérico sequencial gerado pelo software para cada Bem, comum à contabilidade;
- Subgrupo – código sequencial identificativo dos diferentes elementos englobados pelo número contabilístico, composto por uma letra e três algarismos.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO DE EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICI

3.2.1 Método de identificação

O método de identificação é seleccionado mediante as características do Bem, recorrendo-se quer à etiquetagem, quer à gravação mecânica (ver Manual de Procedimentos SEE). Quando nenhuma das duas técnicas é aplicável, o cadastro informatizado do Bem é considerado o elemento referenciador deste.

No caso dos conjuntos/sistemas de bens, as partes constituintes devem ser todas identificadas com o mesmo código, com registo no cadastro informático dessa informação na descrição do Bem.

Etiquetagem

Quando pelas características físicas do Bem (tipo e acessibilidade), este é facilmente etiquetável em local visível e protegido contra a destruição da etiqueta, sem prejuízo para as funções do Bem. A etiqueta deve conter o símbolo do CHVNG/E, além do código correspondente.

O Bem será identificado com duas etiquetas, quando possível:

- Uma deverá ficar em local visível, que não seja afectado pela limpeza do Bem e que não esteja exposto a fricção mecânica. Preferencialmente, será colocada na parte da frente superior esquerda do Bem;
- A outra deverá ser colocada em local escondido e protegido, preferencialmente na parte de trás do Bem e perto da fonte de alimentação (quando aplicável).

Gravação Mecânica

Quando pela natureza específica, utilização, forma, dimensão, local de implantação e/ou exposição pública a etiquetagem é inviabilizada. É registado no campo de observações do cadastro informático a informação de ausência de etiqueta no Bem.

O número deverá ser gravado mecanicamente em local facilmente identificável e sem prejuízo para as funções do Bem.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROIX
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

4. CONTROLO INTERNO

O inventário realizado deve ser alvo de controlo interno, com o objectivo de verificar a conformidade entre os registos e os dados físicos do Bem, nomeadamente identificação e localização, e analisar a eficácia da metodologia de inventariação implementada. A realização de controlo interno é da responsabilidade, quer dos vários Centros de Custo, quer do SEE.

O controlo interno é realizado periodicamente a dois níveis:

- **Parcial**

A verificação é efectuada em diversos Centros de Custo trimestralmente, com carácter rotativo, por forma a cobrir anualmente os Centros de Custo com maior número de equipamentos afectos e/ou com historial de incongruências entre o cadastro individual informatizado dos Bens e a verificação física. Neste caso, é enviada ao Centro de Custo seleccionado uma listagem dos Bens a este afectos, sendo da responsabilidade do seu Director a conferência dos dados no prazo de um mês e o reenvio ao RS do SEE da listagem com identificação das eventuais divergências. Estas serão posteriormente analisadas e regularizadas por ambos os Responsáveis, com apuramento de responsabilidades.

A verificação também pode ser solicitada pelos Directores dos diferentes Centros de Custo, para controlo interno próprio, sendo enviada a listagem de Bens afectos, que é igualmente devolvida com a análise de divergências para regularização do inventário.

- **Geral**

Deve ser efectuada uma conferência física a todos os Bens inventariados no CHVNG/E de 2 em 2 anos.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 61[illegible]

Os resultados devem ser registados num relatório, com quantificação das eventuais divergências e identificação da sua tipologia:

- Bem não inventariado;
- Bem constante no cadastro individual informatizado não encontrado;
- Bem constante no cadastro individual informatizado não correctamente identificado;
- Bem identificado não inventariado;
- Bem incorrectamente localizado;
- Bem excedentário e inoperacional;
- Bem desaparecido.

Devem ser igualmente registadas as regularizações efectuadas e eventuais propostas de melhoria consideradas necessárias. O relatório é remetido ao CA para tomada de conhecimento e aprovação. Em caso de aprovação de melhorias estas devem ser implementadas. O relatório é arquivado por 3 anos, segundo o definido no Manual de Procedimentos.

CHVNG/E, E.P.E

5. BENS INVENTARIÁVEIS

Para a elaboração da Listagem de Bens inventariáveis na Instituição, considerou-se a divisão em Bens Móveis, Veículos e Bens Imóveis, agrupados nas categorias aplicáveis, segundo as indicações do Código CIBE – Portaria n.º 671/2000 de 17 de Abril. O mobiliário a inventariar foi agrupado na categoria *Mobiliário*, incluída nos Bens Móveis.

Considerou-se de interesse incluir na Listagem elaborada, a informação relativa à imobilização ou não dos Bens nas diferentes categorias apresentadas, tendo em conta os critérios contabilísticos supra mencionados.

5.1 Listagem

Bens Móveis

1. Mobiliário

É considerado na inventariação todo o mobiliário do CHVNG/E, sem discriminação do seu importe:

	Inventariável	**Imobilizado**
▪ De escritório	Sim	Sim
▪ Laboratorial	Sim	Sim
▪ Hospitalar	Sim	Sim
▪ Comum	Sim	Sim
▪ De oficina	Sim	Sim
▪ Eclesiástico	Sim	Sim

2. Equipamento informático

	Inventariável	**Imobilizado**
▪ Hardware	Sim	Sim
▪ Software	Não	Sim

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Equipamento de interesse de importe inferior a 200 €:

	Inventariável	Imobilizado
▪ Impressoras	Sim	Sim
▪ Monitores	Sim	Sim
▪ Scanners	Sim	Sim
▪ Switches	Sim	Sim

3. Equipamento de telecomunicações

Inclui-se:

	Inventariável	Imobilizado
▪ Centrais telefónicas (PDCAs)	Sim	Sim
▪ Equipamento de registo e reprodução de som	Sim	Sim
▪ Equipamento de supervisão e controlo	Sim	Sim

Equipamento de interesse de importe inferior a 200 €:

	Inventariável	Imobilizado
▪ Gravadores	Sim	Sim
▪ Telecopiadores (Fax)	Sim	Sim
▪ Telefones	Sim	Não

4. Equipamento e material de escritório e de reprografia

Inclui-se:

	Inventariável	Imobilizado
▪ Máquinas de escritório	Não	Sim
▪ Fotocopiadoras (de qualquer importe)	Sim	Sim
▪ Guilhotinas	Não	Sim

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

5. Equipamento para investigação, de medida e de utilização técnica especial

Inclui-se:

	Inventariável	Imobilizado
▪ Material de laboratório	Sim	Sim
▪ Equipamento análises químicas	Sim	Sim
▪ Telas de projecção	Sim	Sim
▪ Estiradores	Sim	Sim
▪ Relógios em rede	Sim	Sim
▪ Instrumentos de pesagem (balanças/básculas)	Sim	Sim

6. Equipamento e material para serviços de saúde

Inclui-se equipamento e material:

	Inventariável	Imobilizado
▪ De desinfecção e esterilização	Sim	Sim
▪ De laboratório	Sim	Sim
▪ De imagiologia	Sim	Sim
▪ Para serviços de hotelaria	Sim	Sim
▪ Médico-cirúrgico	Sim	Sim
▪ Específico de farmácia	Sim	Sim

Equipamento de interesse de importe inferior a 200 €:

	Inventariável	Imobilizado
▪ Aparelhos de tensão arterial	Sim	Sim
▪ Instrumental cirúrgico superior a 50€	Não	Sim

7. Equipamento e material recreativo, desportivo, de educação e cultura

Inclui-se:

	Inventariável	Imobilizado
▪ Material para recuperação/fisioterapia	Sim	Sim
▪ Gaiolas de Faraday	Sim	Sim
▪ Dispositivos audiovisuais	Sim	Sim
▪ Obras de arte	Sim	Sim

CHVNG/E, E.P.E.
Dr. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

8. Equipamento de conforto, de higiene e de utilização comum

Inclui-se equipamento de:

	Inventariável	Imobilizado
▪ Ar condicionado/circulação de ar	Sim	Sim
▪ Aquecimento ambiente/aquecedores de água	Sim	Sim
▪ Cozinha	Sim	Sim
▪ Tratamento de roupas	Sim	Sim
▪ Limpeza	Sim	Sim

Equipamento de interesse de importe inferior a 200 €:

	Inventariável	Imobilizado
▪ Ventoinhas	Sim	Sim
▪ Máquinas e aparelhos de cozinha	Sim	Sim
▪ Aspiradores	Sim	Sim
▪ Máquinas de limpeza de instalações	Sim	Sim
▪ Troleys de limpeza	Sim	Sim

9. Equipamento de transportes

Aplica-se apenas o equipamento para acondicionamento ou embalagem:

	Inventariável	Imobilizado
▪ Máquinas de selar e rotular	Sim	Sim
▪ Máquinas de embalar comprimidos	Sim	Sim

10. Equipamento para agricultura e jardinagem

Inclui-se apenas utensílios e ferramentas de jardinagem:

	Inventariável	Imobilizado
▪ Cortadores	Sim	Sim
▪ Motosserras	Sim	Sim
▪ Moto-roçadoras	Sim	Sim

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

11. Equipamento e material para a indústria

Incluem-se os seguintes equipamentos:

	Inventariável	Imobilizado
▪ Máquinas e aparelhos de purificação de água	Sim	Sim
▪ Andaimes	Sim	Sim
▪ Carros de mão	Sim	Sim
▪ Empilhadores manuais	Sim	Sim
▪ Bombas e compressores	Sim	Sim

12. Equipamento de oficina, ferramentas e utensílios

Incluem-se:

	Inventariável	Imobilizado
▪ Ferramentas e utensílios	Sim	Sim
▪ Máquinas-ferramentas ligeiras e pesadas	Sim	Sim

13. Equipamento de sinalização, alarme, combate a incêndios, salvamento e segurança

Incluem-se apenas:

	Inventariável	Imobilizado
▪ Carretéis	Sim	Sim
▪ Extintores	Sim	Sim

14. Abastecimento público e águas residuais

Inclui-se o equipamento aplicado aos sistemas de desinfecção:

	Inventariável	Imobilizado
▪ Bombas doseadoras de hipoclorito	Sim	Sim
▪ Clorómetros	Sim	Sim
▪ Ozonizadores	Sim	Sim
▪ Reactores de ultravioleta	Sim	Sim

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO DE EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

14. Outros bens

Incluem-se equipamentos:

	Inventariável	Imobilizado
▪ Religiosos	Sim	Sim
▪ De heráldica e honorífica	Sim	Sim
▪ De energia solar	Sim	Sim

Veículos

Incluem-se veículos a gasolina e gasóleo:

	Inventariável	Imobilizado
▪ Automóveis ligeiros	Sim	Sim
▪ Automóveis mistos	Sim	Sim
▪ Automóveis de carga	Sim	Sim
▪ Ambulâncias	Sim	Sim

No cadastro individual informatizado do Bem deve ser indicado no campo Descrição a matrícula, o tipo de veículo, combustível, cilindrada e número de registo.

Bens Imóveis

1. Imóveis Urbanos

Abrangem todos os edifícios que constituem o espaço físico do CHVNG/E, que incluem edificações para serviços administrativos, sociais, hospitalares, entre outros; e os parques de estacionamento.

No inventário, os edifícios devem constar adequadamente identificados, bem como todas as salas e o seu conteúdo relevante, quando aplicável. Na sua imobilização são igualmente considerados todos estes elementos.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO DE EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Edifícios

Na sua inventariação deve ser efectuado o registo informático, com indicação do respectivo código de letra(s) e da função atribuída – administrativo, clínico, apoio, serviços, farmácia e/ou religioso.

Código	Edifício	Função
A	Pavilhão Central	Clínico
B	Pavilhão Masculino	Clínico
C	Pavilhão Feminino	Clínico
D	Pavilhão Satélite	Clínico
E	Farmácia	Serviços
F	Aprovisionamento e Armazém	Serviços
G	Psiquiatria Consultas	Clínico
H	Psiquiatria Internamento	Clínico
I	Bar	Serviços
J	Serviço Imunoterapia	Clínico
K	Portaria Principal	Apoio
L	Capela	Religioso
M	Casa Mortuária	Religioso
N	Serviço de Obras e Instalações	Serviços
O	Viatura Médica de Emergência e Reanimação	Serviços
P	Portaria Sul	Apoio
Q	Rouparia	Apoio
R	Arquivo	Administrativo
S	Hospital de Dia	Clínico
T	Armazém Exterior da Farmácia	Apoio
U	Portaria do Parque de Utentes	Apoio
V	Sala de Espera do Serviço de Urgência	Apoio
X	Loja do Utente	Serviços
Z	Depósitos de Gases Medicinais	Apoio
Y	Edifício do Posto de Transformação e Gerador	Serviços
AA	Liga dos Amigos	Apoio
AB	Edifício Administrativo	Administrativo

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
N.º Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

AC	Cantina	Serviços
AD	Autoclave	Apoio
AE	SEE	Serviços
AF	Contentores Nefrologia	Clínico
AG	Parque de Equipamentos do SEE	Apoio
AH	Parques de Estacionamento Unidade I	Apoio
AI	Unidade II	Administrativo/Clínico
AJ	Parque de Estacionamento Unidade II	Apoio
AK	Edifício Principal Unidade III	Administrativo/Clínico
AL	Cantina Unidade III	Serviços
AM	Parque de Estacionamento Unidade III	Apoio

Salas

Incluem-se todas as salas do centro hospitalar, numeradas de acordo com a codificação estabelecida e identificadas no local com placa com identificação do andar e número da sala. Deve ser registada no software a localização da sala (edifício/andar) e respectivo número sequencial.

Na descrição da sala deve ser indicada, quantificada e caracterizada a presença ou não dos seguintes elementos:

- Alarme de incêndio;
- Ar comprimido;
- Condutas de ar;
- Esgoto;
- Gás;
- Iluminação;
- Janelas/Estores;
- Luzes de emergência;
- Pontos de água;
- Quadros eléctricos;
- Radiadores;
- Tomadas de electricidade;
- Tomadas de rede;
- Outros elementos considerados relevantes.

Anexo 17 Norma Transporte de Bens

CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

Serviço de Equipamentos e Electromedicina

Transporte de Bens

Norma

Vila Nova de Gaia, 4 de Abril de 2011

Centro Hospitalar de
Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
Rua Conceição Fernandes s/n
4434-502 Vila Nova de Gaia

www.chvng.min-saude.pt
Tel. +351 22 786 51 00
Fax +351 22 783 02 09

NIPC 508 142 156
Capital Estatutátio 47.082.000,00
Registo Comercial nº508 142 156
geral@chvng.min-saude.pt

Ministério da Saúde

CONTROLO DO DOCUMENTO

Responsável: Eng.º Cassien Croisé

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

Data	Autor	Descrição
15-03-2011	Inês Pinho	Criação do Documento
21-03-2011	Inês Pinho	1ª Edição
04-04-2011	Inês Pinho	1ªRevisão

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

PROMULGAÇÃO DA NORMA

A presente Norma regulariza o transporte de Bens sob a tutela do Serviço de Equipamentos e Electromedicina desempenhado de forma interna ou pela Equipa de Transporte do Serviço de Obras e Instalações, identificando as diferentes responsabilidades, por forma a assegurar a qualidade dos serviços prestados.

Os respectivos Responsáveis de Serviço assumem a responsabilidade pela divulgação da Norma e por assegurar que esta é entendida e cumprida, bem como os colaboradores nomeados para a garantia da conformidade dos procedimentos assumem a responsabilidade pelo seu cumprimento.

Vila Nova de Gaia, 4 de Abril de 2011

Serviço de Equipamentos e Electromedicina — *Serviço de Obras e Instalações*

O Representante da Gestão,

O Resp. Planeamento e Qualidade,

O Resp. Dep. de Apoio ao Imobilizado,

O Resp. Equipa de Transporte,

O Responsável de Serviço,

O Responsável de Serviço,

O Conselho de Administração,

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

ÍNDICE

CONTROLO DO DOCUMENTO II
PROMULGAÇÃO DA NORMA III
ÍNDICE IV
1. INTRODUÇÃO 6
1.1 Âmbito 6
1.2 Objectivos 6
1.3 Abreviaturas e Siglas 6
1.4 Responsabilidades 7
1.5 Acesso 7
2. GESTÃO DO TRANSPORTE DE BENS 8
2.1 Responsabilidades 8
2.1.1 Transporte Interno 8
2.1.2 Transporte pelo SOI 9
3. TRANSPORTE INTERNO 10
3.1 Bens Adquiridos 10
3.2 Reparação de Bens 11
3.2.1 Levantamento para Reparação 11
3.2.2 Devolução de Bem Reparado 12
3.3 Transferência de Bens 13
3.4 Abate de Bens 14
3.4.1 Ida para Abate 14
3.4.2 Bem Abatido 15
4. TRANSPORTE PELO SOI 16

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

4.1 Bens Adquiridos 16
4.2 Reparação de Bens 17
4.2.1 Levantamento para Reparação 17
4.2.2 Devolução de Bem Reparado 18
4.3 Transferência de Bens 19
4.4 Mudança de Bens 20
4.4.1 Mudança programada 20
4.4.2 Mudança urgente 21
4.5 Abate de Bens 22
4.5.1 Ida para Abate 22
4.5.2 Bem Abatido 23
5. EMPRÉSTIMO DE BENS 24
ANEXO I 25

CHVNG/E, E.P.E.
Eng.º CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec.: 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

1. INTRODUÇÃO

1.1 Âmbito

A presente Norma é aplicável ao transporte de Bens sob a tutela do Serviço de Equipamentos e Electromedicina.

1.2 Objectivos

O objectivo da presente Norma é regularizar a actividade de transporte de Bens sob a tutela do Serviço de Equipamentos e Electromedicina, desempenhada internamente ou assumida pela Equipa de Transporte do Serviço de Obras e Instalações, por forma a garantir a qualidade dos serviços prestados.

1.3 Abreviaturas e Siglas

Resp.	Responsável
CA	Conselho de Administração
CHVNG/E	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
DAI	Departamento de Apoio ao Imobilizado
DEM	Departamento de Electromedicina e Manutenção
GT	Guia de Transporte
HPQ	*Helpdesk,* Planeamento e Qualidade
OT	Ordem de Trabalho
PE	Parque de Equipamentos
RS	Responsável de Serviço
SC	Serviço Cedente
SEE	Serviço de Equipamentos e Electromedicina
SOI	Serviço de Obras e Instalações
SR	Serviço Requisitante
SRR	Serviço Responsável pela Reparação

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 8198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

1.4 Responsabilidades

A manutenção e actualização da presente Norma são da responsabilidade do HPQ, em colaboração com o Resp. PQ do SOI. O documento é verificado pelo Representante da Gestão e aprovado pelo Responsável de Serviço e pelo CA.

1.5 Acesso

O original da Norma para o Transporte de Bens, para todos os documentos que a constituem, encontra-se disponível no directório de acesso restrito ao Representante para a Gestão da Qualidade e ao RS: \\172.20.91.2\see$\SGQ\Originais\Normas Internas.

A cópia de trabalho da mesma é disponibilizada a todos os colaboradores do SEE no directório partilhado: \\172.20.91.2\see$\SGQ\Normas Internas.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

2. GESTÃO DO TRANSPORTE DE BENS

A actividade de gestão dos Bens do CHVNG/E desempenhada pelo SEE tem como apoio um transporte eficiente dos Bens dentro do espaço Hospitalar. A responsabilidade pelo transporte dos Bens é assumida pelo próprio SEE ou pela Equipa de Transporte do SOI. A presente Norma pretende estabelecer a metodologia a adoptar na interacção entre os dois serviços da Instituição e regularizar as responsabilidades das partes envolvidas, por forma ao serviço de transporte responder às necessidades do CHVNG/E em tempo útil.

A actividade de transporte de Bens sob a tutela do SEE deve ser capaz de responder às necessidades decorrentes:

- da aquisição de Bens;
- da manutenção de Bens;
- da gestão de Mudanças de Bens;
- do abate de Bens.

Na generalidade, o transporte é assegurado pela Equipa de Transporte do SOI; salvo situações pontuais, em que pela dimensão e número reduzidos dos Bens é assumido pelo SEE, caso este Serviço detenha e possa disponibilizar os recursos necessários à sua realização.

O protocolo adoptado nos diferentes contextos é definido na presente Norma, através de uma representação esquemática em Fluxograma acompanhada da descrição entendida necessária.

2.1 Responsabilidades

2.1.1 Transporte Interno

Caso o transporte seja realizado pelos recursos do SEE, o processo é da inteira responsabilidade deste Serviço, sendo a garantia da conformidade dos procedimentos assegurada pelo Resp. DAI.

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

2.1.2 Transporte pelo SOI

Na generalidade das actividades mencionadas, definem-se as seguintes responsabilidades:

- **SEE**

É da responsabilidade do SEE a comunicação da necessidade de transporte de Bens ao SOI através do reencaminhamento de OT, onde deve constar a informação necessária a um transporte adequado e em tempo útil. Os Bens devem seguir sempre acompanhados pela respectiva OT e, quando aplicável, pela Guia de Transporte.

Quando recepcionada a documentação comprovativa da realização do transporte, é da responsabilidade do SEE o encerramento da OT gerada e o arquivo do processo, dando-o por concluído; bem como a actualização dos dados de inventário se necessário.

No caso de o SEE pretender acompanhar o transporte, é da responsabilidade do DAI a comunicação ao SOI da intenção para seu agendamento.

A garantia da conformidade dos procedimentos é assegurada pelo Resp. DAI do SEE.

- **SOI**

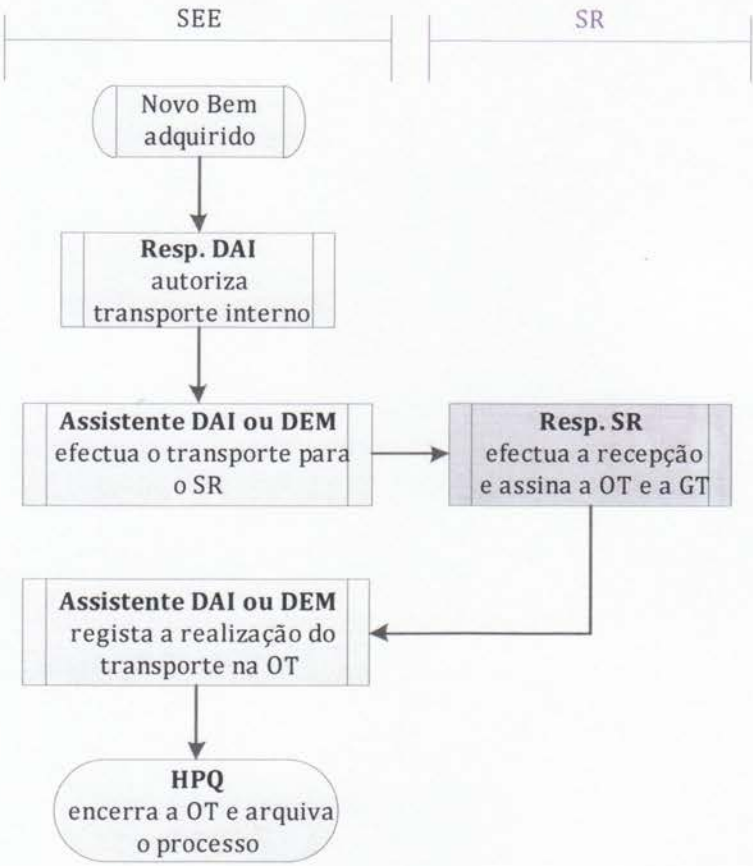
É da responsabilidade do SOI assegurar a integridade dos Bens transportados e a sua entrega no destino indicado, bem como garantir a validação da documentação necessária pelo serviço receptor em como o transporte foi correctamente realizado. É também da responsabilidade do SOI a disponibilização destes documentos ao SEE, através do envio dos mesmos em suporte do papel já preenchidos e verificados pelo Resp. Equipa de Transporte para encerramento da OT e arquivo do processo.

A garantia da conformidade dos procedimentos é assegurada pelo Resp. Equipa de Transporte do SOI.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 8193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

3. TRANSPORTE INTERNO

3.1 Bens Adquiridos



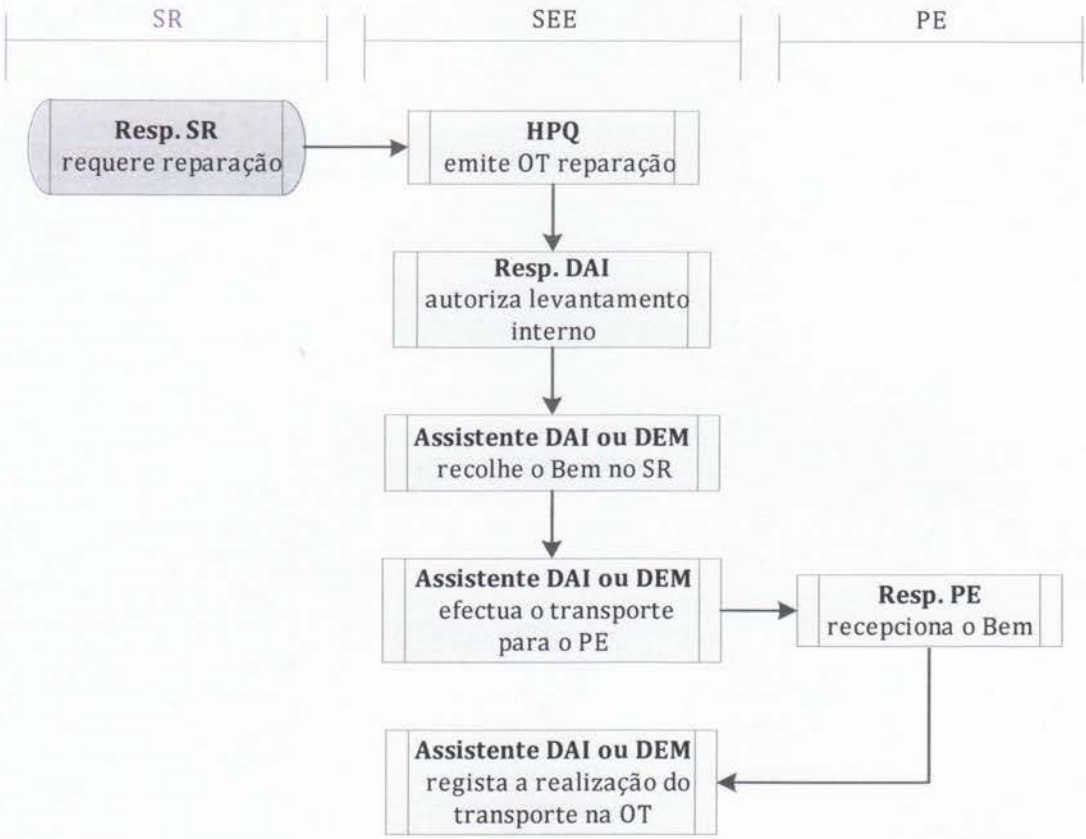
Quando se opta por transportar internamente um novo Bem adquirido, recepcionado e conferido nas instalações do SEE, o Assistente DAI ou do DEM procedem à sua deslocação para o SR após inventariação (quando aplicável).

O Resp. SR recepciona o Bem e assina a OT e a Guia de Transporte respectivas. O transporte é registado na OT pelo Assistente. A documentação é verificada e o HPQ procede ao encerramento da OT e ao arquivo do processo.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

3.2 Reparação de Bens

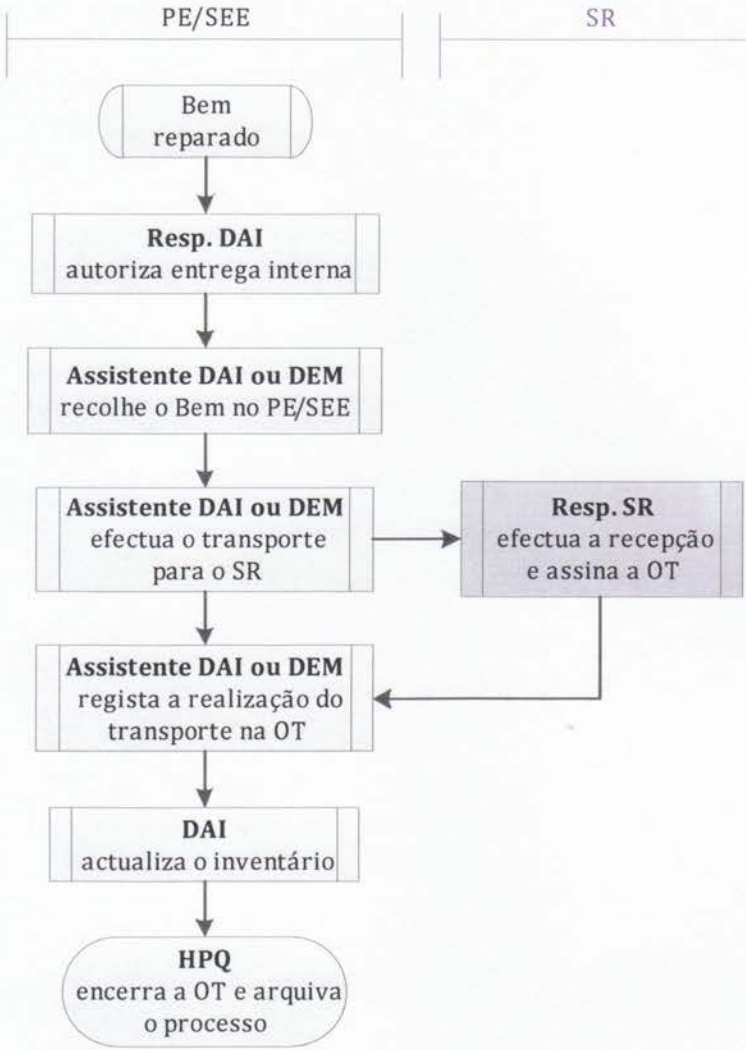
3.2.1 Levantamento para Reparação



Nas situações em que o SEE é o SRR de determinado Bem e o Resp. DAI entende realizar internamente o seu levantamento, o Assistente DAI ou do DEM procede à recolha do Bem no SR e transporta-o para a zona de Bens para Reparação do PE (identificada com a cor amarela) do SEE. O Resp. PE recepciona o Bem e o Assistente regista a realização do transporte na OT.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

3.2.2 Devolução de Bem Reparado

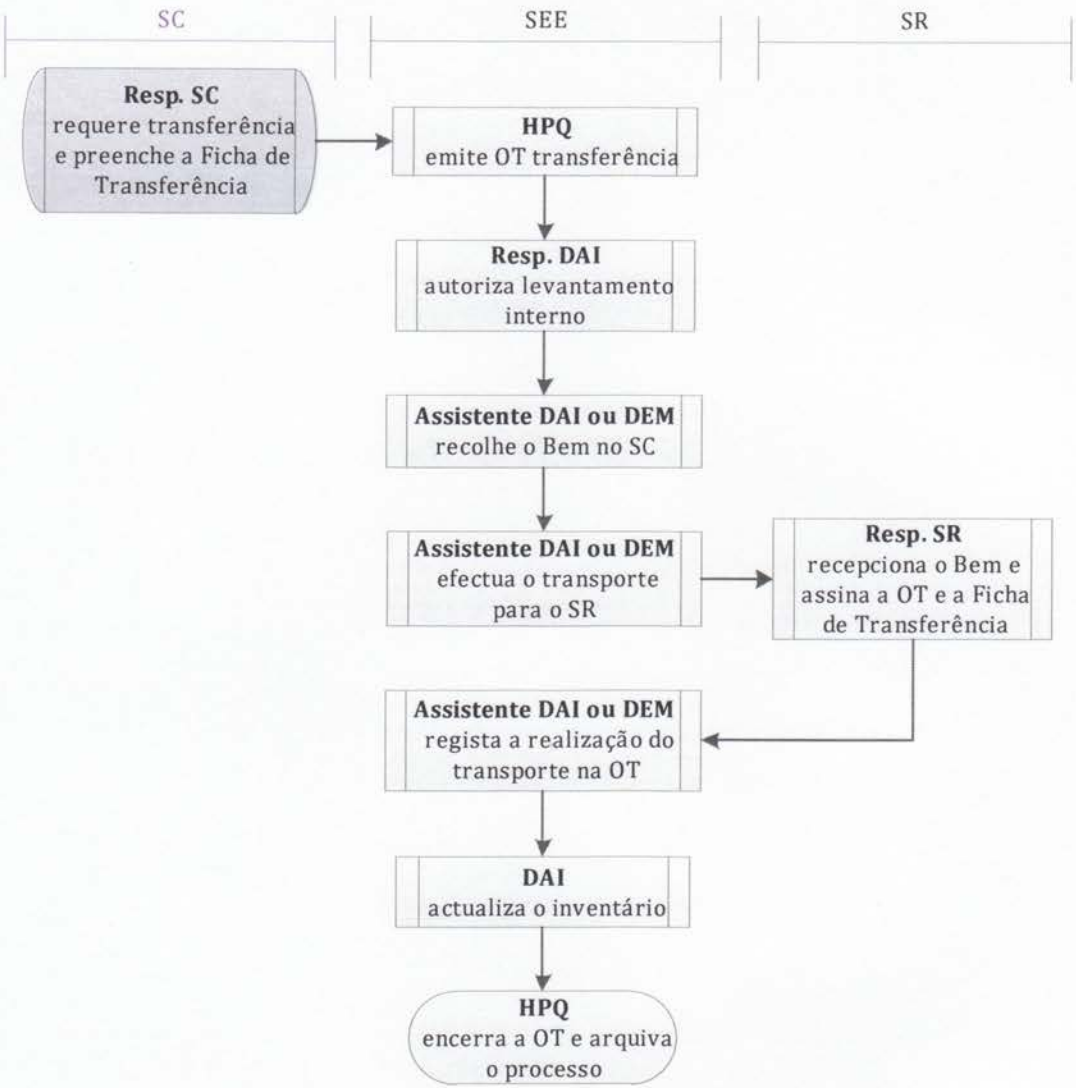


Quando o Resp. DAI entende transportar internamente um Bem reparado ao SR, o Assistente DAI ou do DEM recolhe-o no PE ou nas instalações do SEE e transporta-o para o SR. No local o Resp. efectua a recepção e assina a OT.

O Assistente DAI ou do DEM regista a realização do transporte na OT e entrega-a no SEE. Os dados de manutenção são actualizados no inventário pelo DAI e o HPQ encerra a OT e arquiva o processo.

CHVNG/E, E.P.E.
Responsável do Serviço
N.Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

3.3 Transferência de Bens



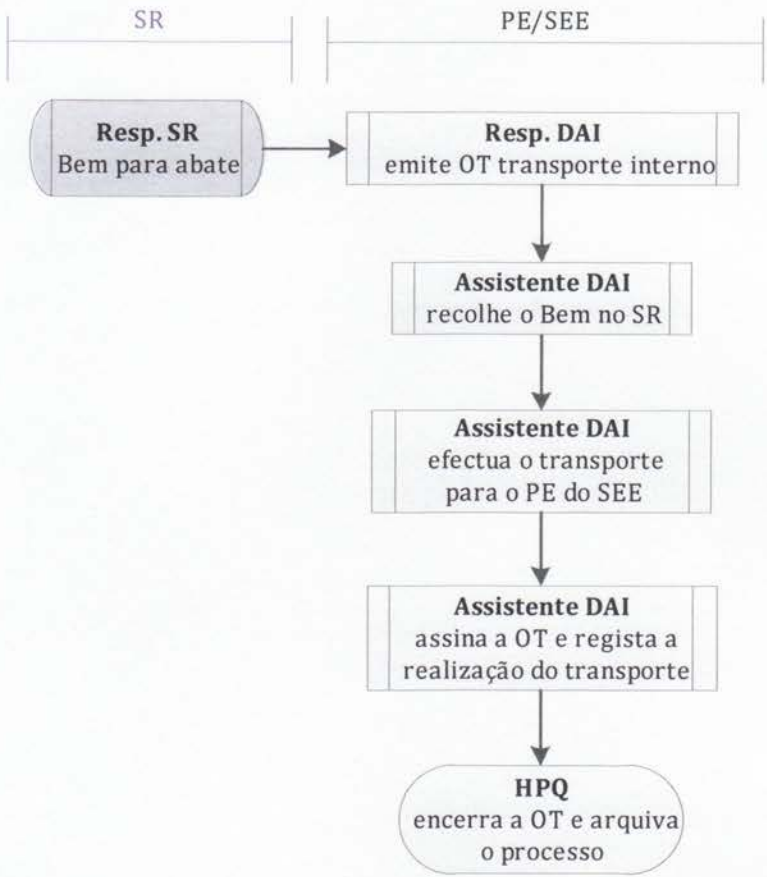
No caso em que ocorre uma transferência de Bens entre dois serviços e o Resp. DAI opta pela realização de transporte interno, o Assistente DAI ou do DEM procede à recolha do Bem no SC, juntamente com a Ficha de Transferência (Anexo 1). De seguida transporta-o para o SR, onde o Resp. efectua a recepção e assina a OT e a Ficha de Transferência.

O Assistente DAI ou do DEM regista a realização do transporte na OT e entrega-a no SEE. Os dados do inventário são actualizados pelo DAI, com alteração da localização e do Centro de Custo do Bem. O HPQ encerra a OT e arquiva o processo.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng.º CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

3.4 Abate de Bens

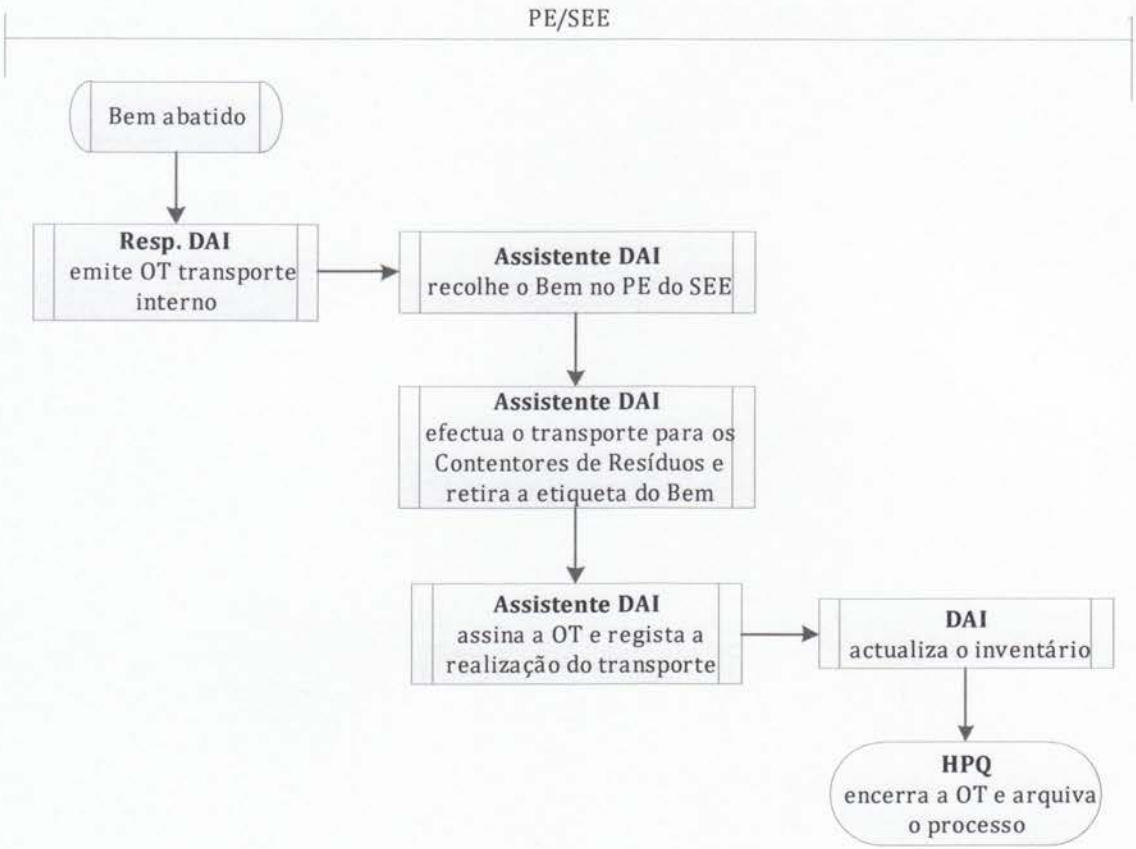
3.4.1 Ida para Abate



Quando o Resp. DAI entende que um Bem para abate deve ser transportado pelo SEE, emite uma OT transporte interno. O Assistente DAI recolhe o Bem no SR e transporta-o para a zona de Bens para Abate do PE (identificada com a cor vermelha) do SEE. Procede então à assinatura da OT e ao registo da realização do transporte nesta. O HPQ encerra a OT e arquiva o processo.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6138
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICIN

3.4.2 Bem Abatido



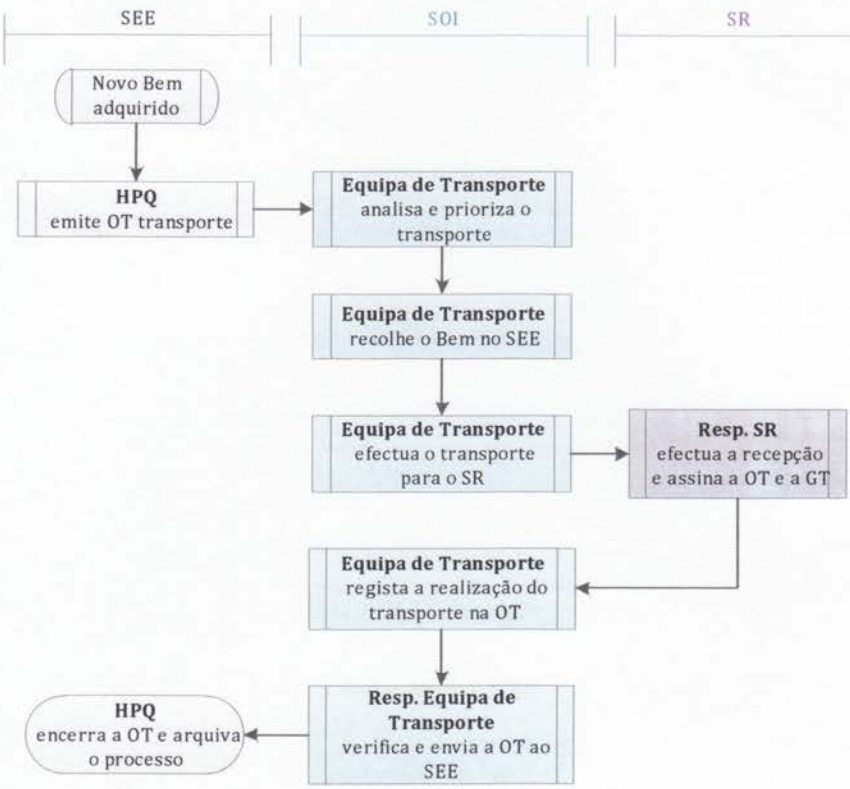
Quando o Resp. DAI entende transportar internamente um Bem abatido, emite uma OT para transporte interno, procedendo o Assistente DAI à recolha do Bem no PE e ao seu transporte para os Contentores de Resíduos respectivos. Antes da sua entrada nestes, retira a etiqueta com o código de inventário do Bem.

O Assistente DAI assina a OT e entrega no SEE, onde o HPQ encerra a OT e arquiva o processo.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICIN

4. TRANSPORTE PELO SOI

4.1 Bens Adquiridos



No caso dos novos Bens adquiridos serem recepcionados e conferidos nas instalações do SEE, após o procedimento de inventariação (quando aplicável), é comunicada a necessidade de transporte do Bem ao SOI através de uma OT de transporte.

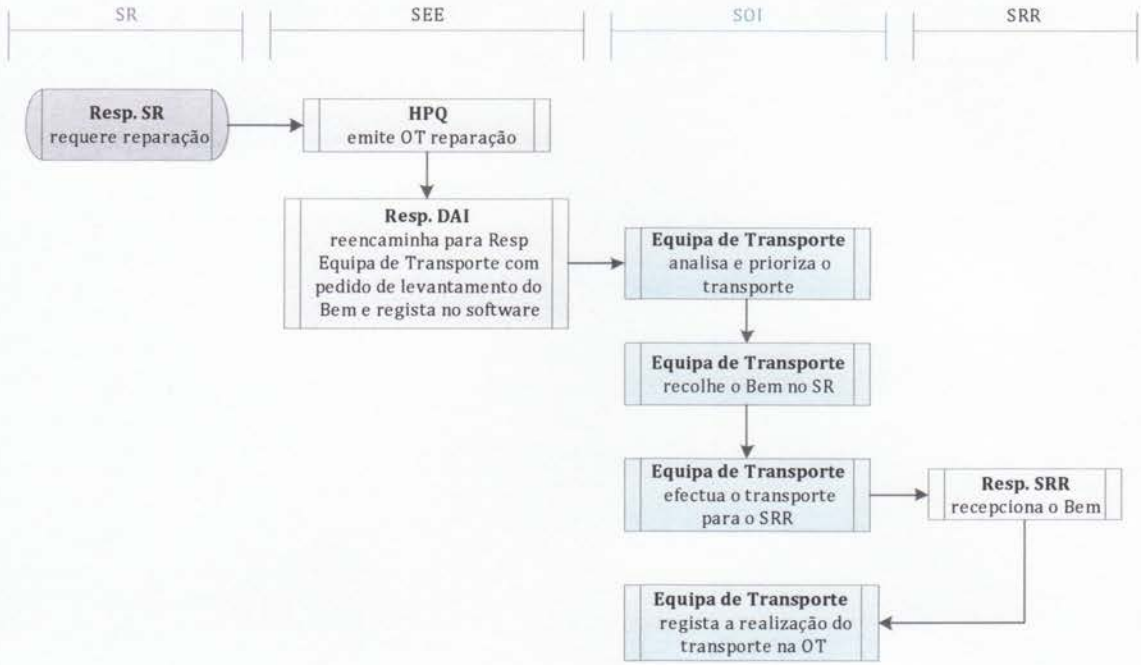
A Equipa de Transporte do SOI organiza o transporte, deslocando-se às instalações do SEE, para recolha do Bem com Guia de Transporte e posterior transporte para as instalações do SR. O Resp. SR recepciona o Bem e assina a OT e a Guia de Transporte. A realização do transporte é registada na OT pela Equipa de Transporte.

A OT e a Guia de Transporte são verificadas pelo Resp. Equipa de Transporte. A documentação é enviada ao SEE, procedendo o HPQ ao encerramento da OT e ao arquivo do processo.

CHVNG/E, E.P.E.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 5196
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

4.2 Reparação de Bens

4.2.1 Levantamento para Reparação

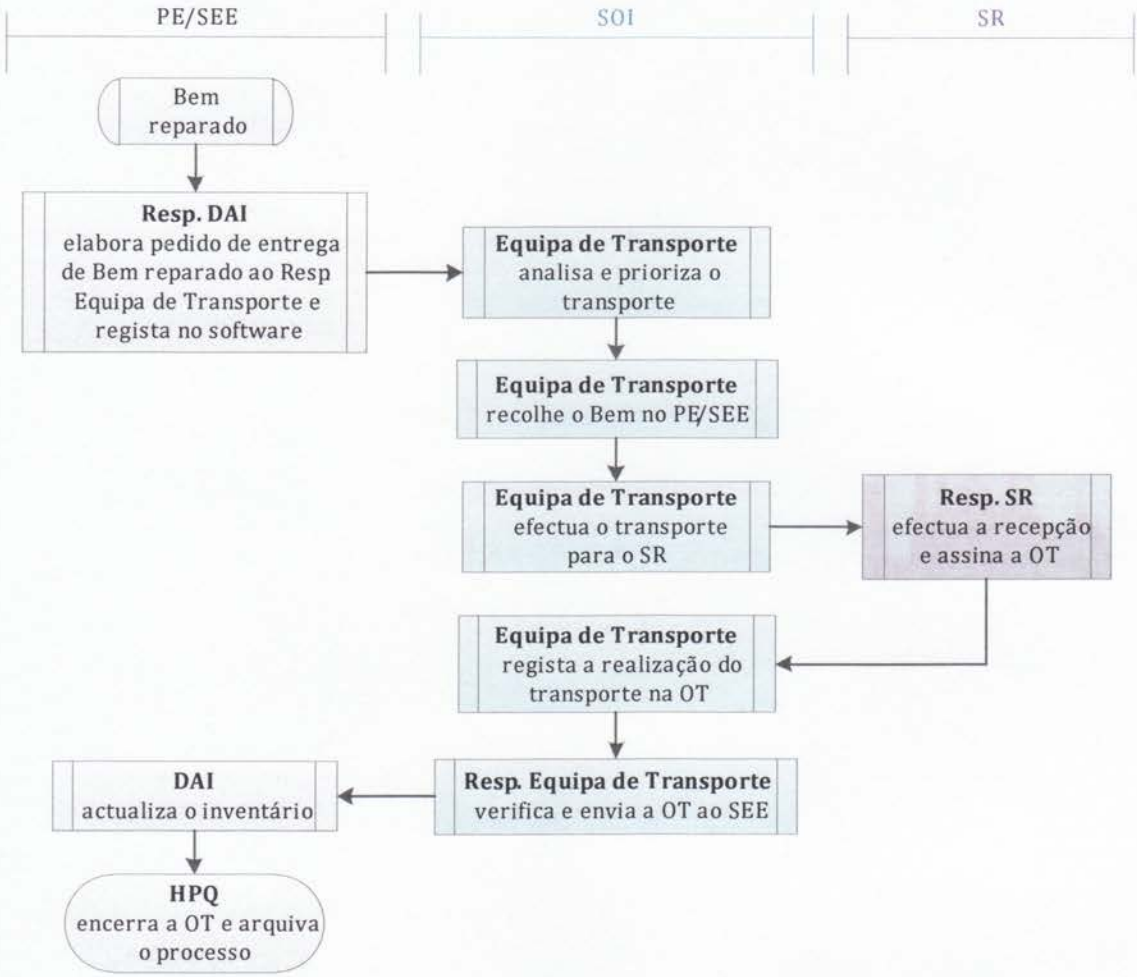


Nos casos em que a reparação de Bens exige o seu levantamento no SR, a OT de reparação é reencaminhada para o Resp. Equipa de Transporte com pedido de levantamento do Bem, que é registado com a respectiva data no software pelo Resp. DAI, através da anexação de uma nota ao registo de manutenção. A Equipa de Transporte do SOI organiza o transporte, procedendo à recolha do Bem nas instalações do SR.

O Bem é transportado para o SRR indicado na OT, sendo que por SRR pode ser entendido SEE ou SOI consoante a natureza da reparação. No caso de o SRR ser o SEE, o Bem é transportado para a zona de Bens para Reparação do PE (identificada com a cor amarela); no caso de ser o SOI, o Bem é transportado para as oficinas do serviço e após a reparação é entregue nas instalações do SEE para verificação técnica. A Equipa de Transportes regista a realização do transporte na OT.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6199
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

4.2.2 Devolução de Bem Reparado

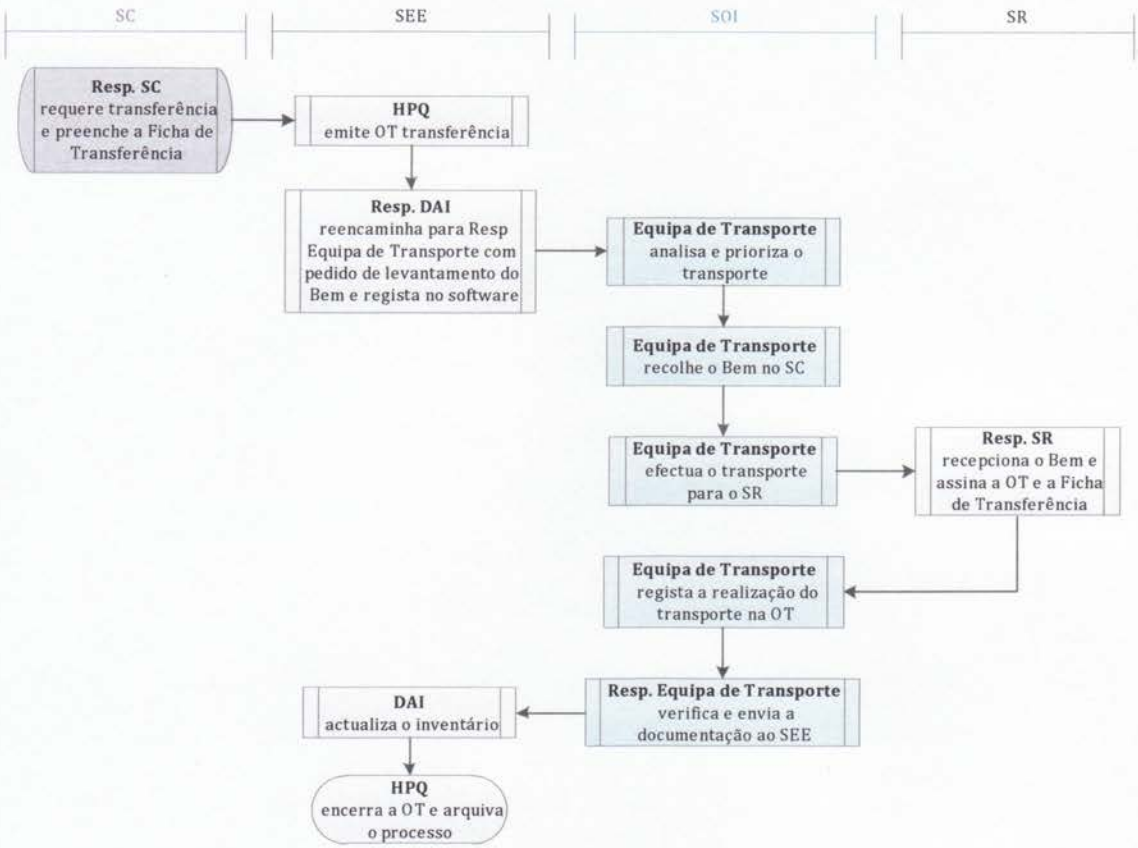


Quando o Bem está reparado, o Resp. DAI efectua um pedido de entrega de Bem reparado ao RET, anexado à OT de reparação do Bem. O pedido é registado com a respectiva data no software na nota anteriormente criada. A Equipa de Transporte organiza o transporte, procedendo à recolha do Bem nas instalações do SEE ou no PE, para entrega no respectivo SR. No local o Resp. efectua a recepção e assina a OT.

A Equipa de Transporte regista a realização do transporte na OT, que é verificada pelo seu Resp.. O documento é enviado ao SEE, sendo os dados de manutenção actualizados no inventário pelo DAI. O HPQ encerra a OT e arquiva o processo.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CRUZE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 3138
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICI

4.3 Transferência de Bens



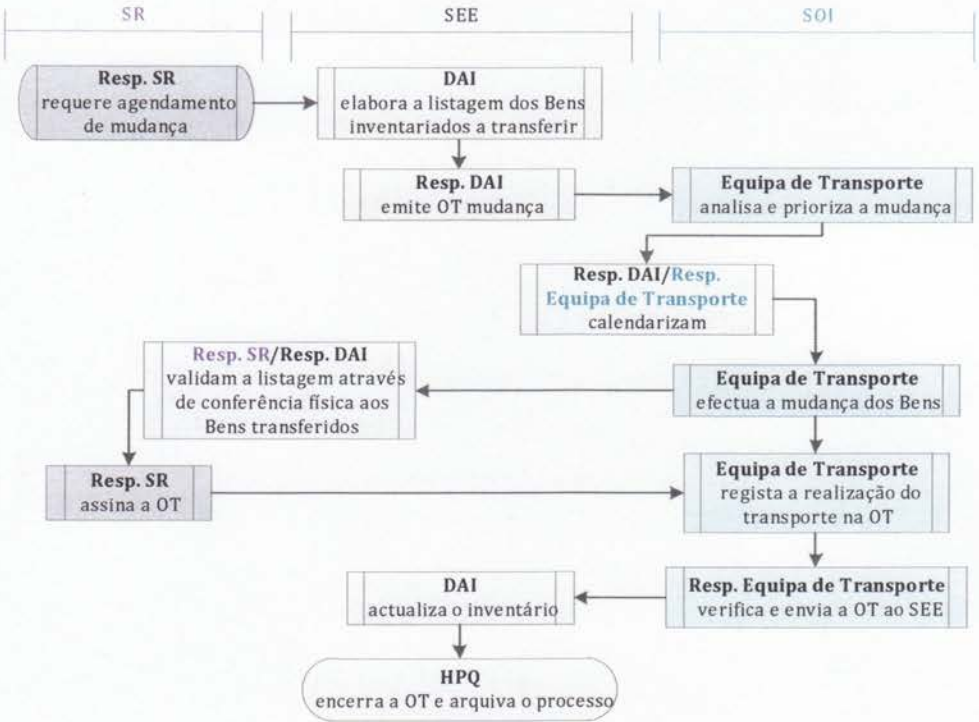
No caso em que ocorre uma transferência de Bens entre dois serviços, a OT de reparação é reencaminhada para o Resp. Equipa de Transporte com pedido de levantamento do Bem, que é registado com a respectiva data no software pelo Resp. DAI, através da anexação de uma nota ao registo de manutenção. A Equipa de Transporte organiza o transporte, por forma a recolher o Bem no SC.

O Bem é transportado para o SR indicado na OT e na Ficha de Transferência, onde o Resp. recepciona o Bem e assina os dois documentos. A Equipa de Transporte regista a realização do transporte na OT, que é verificada pelo seu Resp. juntamente com a Ficha de Transferência. Os documentos são enviados ao SEE, sendo os dados do inventário actualizados pelo DAI, com alteração da localização e do Centro de Custo do Bem. O HPQ encerra a OT e arquiva o processo.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

4.4 Mudança de Bens

4.4.1 Mudança programada



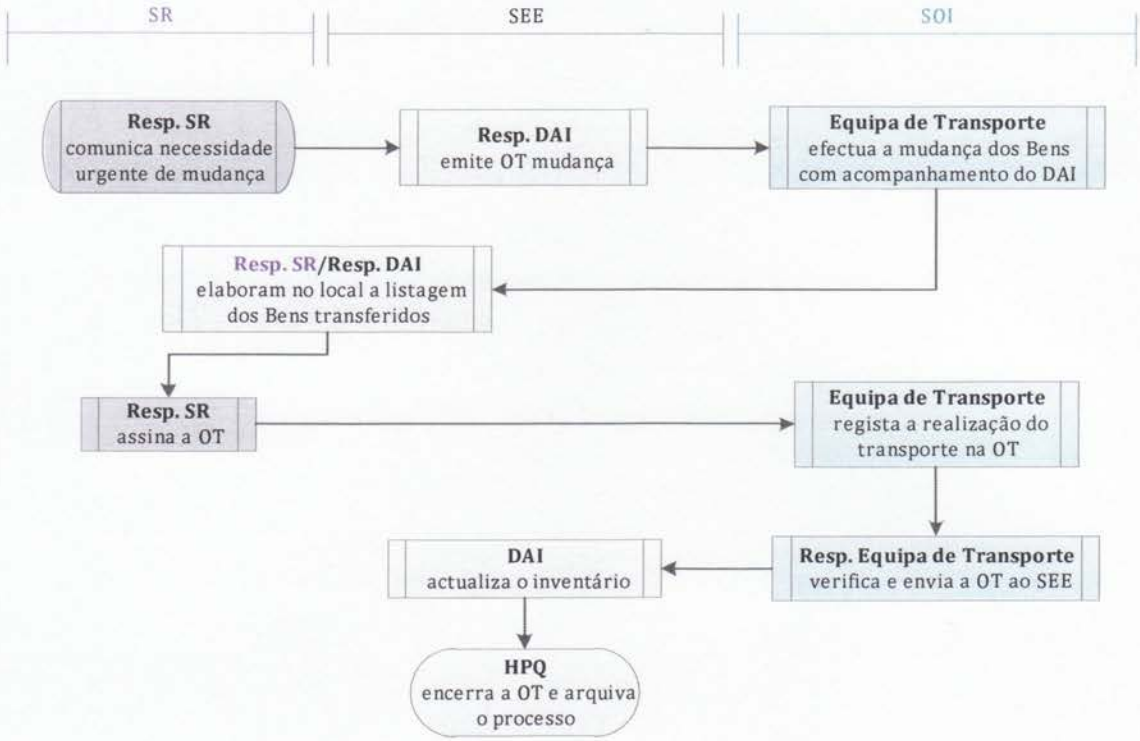
Quando é detectada uma necessidade de mudança, esta deve ser comunicada ao SEE com pelo menos uma semana de antecedência em relação à data pretendida. Após recepção da requisição, o DAI elabora a listagem dos Bens inventariados a transferir e o seu Resp. emite uma OT de mudança, fornecendo a listagem à Equipa de Transporte. Esta planeia a mudança, definindo o seu agendamento em colaboração com o Resp. DAI. O Resp. Equipa de Transporte comunica a data de mudança ao SR.

A Equipa de Transporte do SOI efectua a mudança dos Bens. Quando terminada, o DAI efectua a conferência física dos Bens transferidos, em colaboração com o Resp. SR, de forma a validar a listagem de Bens. A OT é assinada pelo Resp. SR.

A Equipa de Transportes regista a realização da mudança na OT, que é verificada conjuntamente com a listagem pelo Resp. Equipa de Transporte. A documentação é enviada ao SEE, sendo o inventário actualizado pelo DAI. O HPQ encerra a OT e arquiva o processo.

CHVNG/E, E.P.E.
Engº [illegible] CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6108
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

4.4.2 Mudança urgente



Em caso de emergência hospitalar, que exija uma mudança de Bens, esta deve ser requerida ao SEE com carácter urgente; devendo o Resp. DAI emitir uma OT de mudança com informação do carácter da mudança.

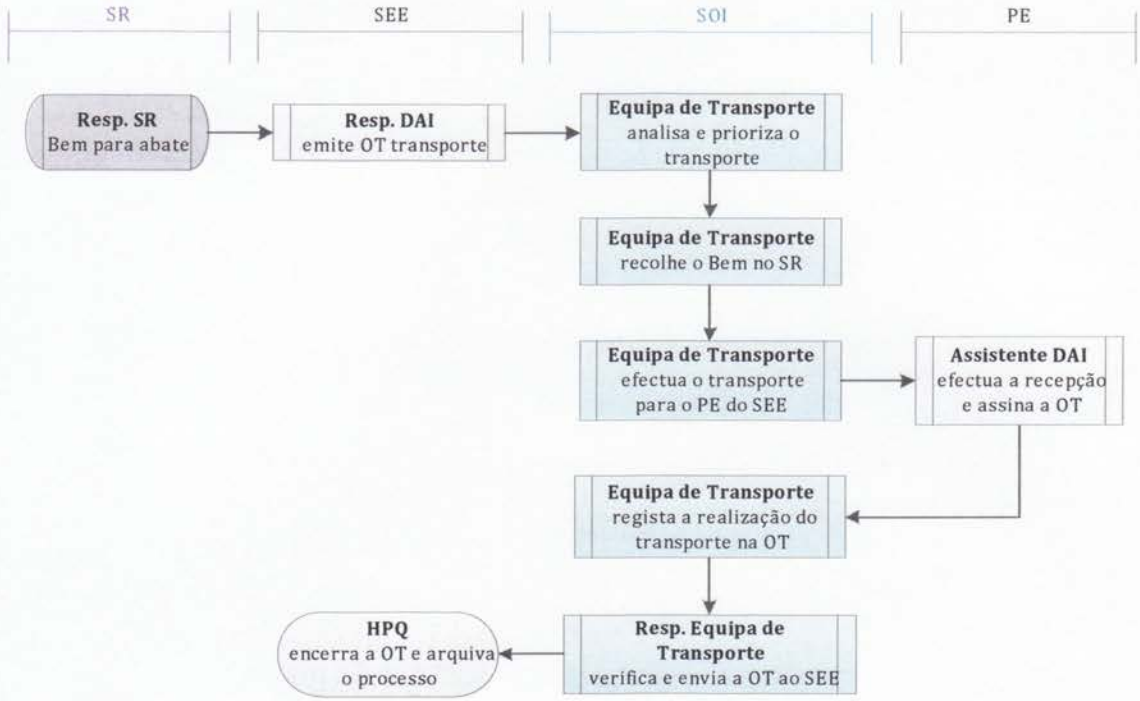
A Equipa de Transporte deve dar prioridade máxima à mudança, realizando-a com o acompanhamento do DAI. O Resp. DAI deve efectuar no local a listagem dos Bens inventariados transferidos, em colaboração com o Resp. SR. No final, este assina a OT.

A Equipa de Transporte regista a realização da mudança na OT, que é verificada conjuntamente com a listagem pelo Resp. Equipa de Transporte. A documentação é enviada ao SEE, sendo o inventário actualizado pelo DAI. O HPQ encerra a OT e arquiva o processo.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIANO [illegible]
Responsável do Serviço
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E SUPORTE

4.5 Abate de Bens

4.5.1 Ida para Abate

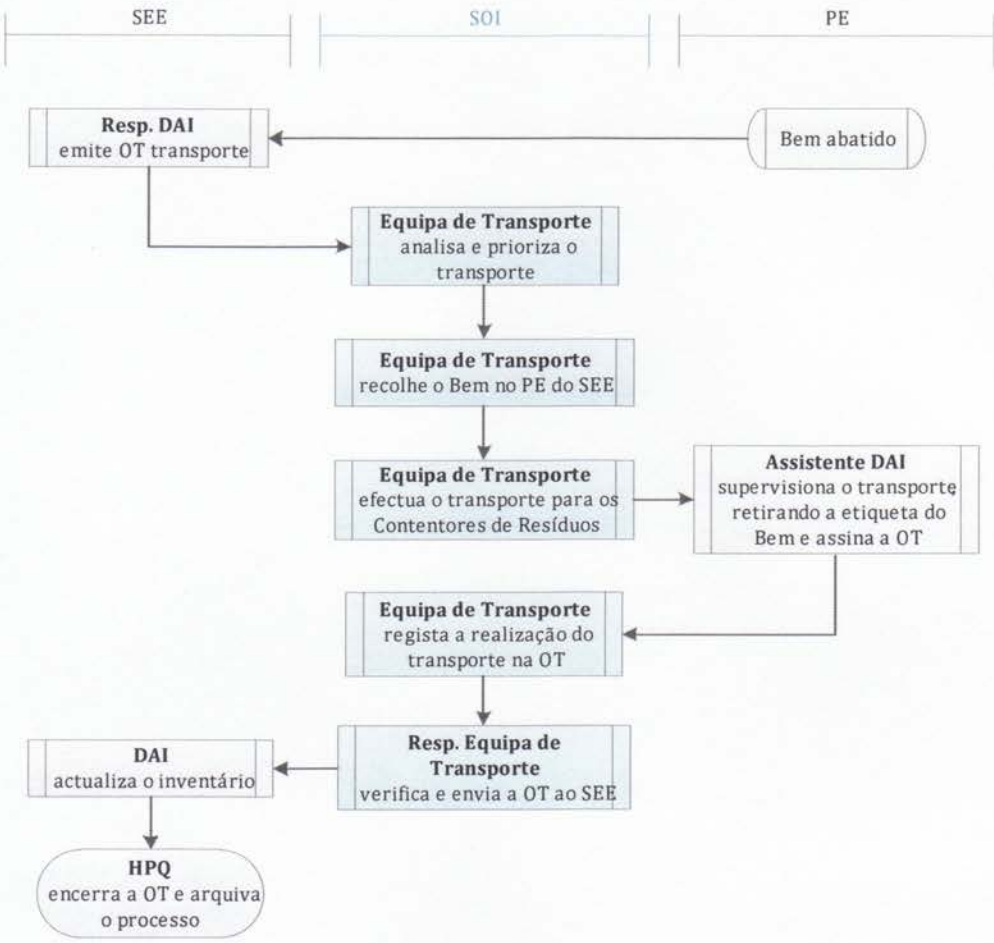


Quando a Comissão de Abate decide sobre o abate de um Bem, o Resp. DAI emite uma OT de transporte para recolha do Bem no SR. A Equipa de Transporte do SOI organiza o transporte, procedendo à recolha do Bem nas instalações do SR. O Bem é transportado para a zona de Bens para Abate do PE (identificada com a cor vermelha), onde o Assistente DAI o recepciona e assina a OT.

A Equipa de Transportes regista a realização do transporte na OT, que é verificada pelo seu Resp. e enviada ao SEE. O HPQ encerra a OT e arquiva o processo.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

4.5.2 Bem Abatido



Quando o Bem está abatido, o Resp. DAI emite uma OT de transporte para se proceder à saída do equipamento do PE. A Equipa de Transporte do SOI organiza o transporte, recolhendo o Bem abatido no PE e efectuando o seu transporte para os Contentores de Resíduos respectivos. O Assistente DAI supervisiona a saída, retirando a etiqueta com o código de inventário do Bem antes da entrada no Contentor, e assina a OT.

A Equipa de Transportes regista a realização do transporte na OT, que é verificada pelo RET e enviada ao SEE. O DAI procede à actualização do inventário e o HPQ encerra a OT e arquiva o processo.

CHVNG/E, E.P.E.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

5. EMPRÉSTIMO DE BENS

Relativamente aos transportes necessários ao levantamento e à devolução de Bens para empréstimo, estes são assumidos pela Equipa de Transporte do SOI, ou internamente pelo SEE quando se justificar.

Nestas situações, são adoptados os respectivos procedimentos descritos na presente Norma para a transferência de Bens, tendo em atenção as seguintes considerações:

- Levantamento do PE – assume-se o SC como o PE do SEE e o SR como o serviço do CHVNG/E a quem o Bem é afecto a empréstimo;
- Devolução ao PE – assume-se o SC como o que pretende proceder à devolução do Bem emprestado e o SR como o PE do SEE;
- Em ambos os casos, não é necessário o preenchimento da Ficha de Transferência, apenas a assinatura da OT.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

ANEXO I

FICHA DE TRANSFERÊNCIA DE BENS

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CHOISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6178
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMECÂNICOS

SEE

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

FICHA DE TRANSFERÊNCIA DE BENS

NRº _____/_____

IDENTIFICAÇÃO DO BEM					ORIGEM		DESTINO	
N.º Identificação	Descrição	Marca	Modelo	Data	Edifício	Serviço	Edifício	Serviço

Serviço de Equipamentos e Instalações	Serviço Cedente	Serviço Requisitante
____/____/____	____/____/____	____/____/____

Elaborado: Inês Pinto
Data: 17/06/2011

Verificado: Isabel Baeta
Data: 21/6/2011

Aprovado:
Data: 03/05/2011

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

SEE.08.10

Anexo 18 Regulamento Interno

CENTRO HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA | ESPINHO

Serviço de Equipamentos e Electromedicina

Regulamento Interno

Vila Nova de Gaia,22 de Junho de 2011

Centro Hospitalar de
Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
Rua Conceição Fernandes s/n
4434-502 Vila Nova de Gaia

www.chvng.min-saude.pt
Tel. +351 22 786 51 00
Fax +351 22 783 02 09

NIPC 508 142 156
Capital Estatutátio 47.082.000,00
Registo Comercial nº508 142 156
geral@chvng.min-saude.pt

Ministerio da Saúde

CONTROLO DO DOCUMENTO

Responsável:	Eng.º Cassien Croisé

ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

Data	Autor	Descrição
21-03-2011	Inês Pinho	Criação do Documento
22-06-2011	Inês Pinho	1ª Edição

CASSIEN CROISÉ
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDI[illegible]

PROMULGAÇÃO DO REGULAMENTO

O presente Regulamento aplica-se à actividade do Serviço de Equipamentos e Electromedicina do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, traduzindo as suas disposições, estrutura e funcionamento.

O Responsável de Serviço assume a responsabilidade pela divulgação do presente documento junto de todos os colaboradores, e por assegurar o seu cumprimento.

Vila Nova de Gaia, 22 de Junho de 2011,

O Responsável de Serviço,

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

ÍNDICE

CONTROLO DO DOCUMENTO II
PROMULGAÇÃO DO REGULAMENTO III
ÍNDICE IV
CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS 6
Artigo 1º Âmbito de Aplicação 6
Artigo 2º Objectivos 6
Artigo 3º Missão 7
Artigo 4º Visão e valores 7
Artigo 5º Legislação e regulamentação aplicáveis 8
CAPÍTULO II DA ESTRUTURA 9
Artigo 6º Composição 9
Artigo 7º Responsável de Serviço 9
Artigo 8º *Helpdesk,* Planeamento e Qualidade 10
Artigo 9º Departamento de Apoio ao Imobilizado 11
Artigo 10º Departamento de Controlo Ambiental e Energético 11
Artigo 11º Departamento de Electromedicina e Manutenção 12
Artigo 12º Funções 12
Artigo 13º Dependência hierárquica 13
Artigo 14º Política de substituição 13
CAPÍTULO III FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO 14
Artigo 15º Regras gerais de funcionamento 14
Artigo 16º Horário 14

CHLVNG/E, E.P.E.
MASSIMO CROCE
Responsável do Serviço
Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Artigo 17º Reuniões de serviço....14
Artigo 18º Articulação com os clientes....15
Artigo 19º Acessibilidade....15
Artigo 20º Composição....16
Artigo 21º Composição da zona de Bens para empréstimo....17
Artigo 22º Responsabilidade pela manutenção....17
Artigo 23º Ressalvas especiais ao empréstimo de Bens....18
CAPÍTULO IV DISPOSIÇÕES FINAIS....19
Artigo 24º Actualização....19
Artigo 25º Acesso....19
Artigo 26º Dúvidas e omissões....19
Artigo 27º Entrada em vigor....19
Artigo 28º Revogação....19

CHVNG/E, E.P.E.
Eng.º CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º Âmbito de Aplicação

1 – O presente regulamento aplica-se ao Serviço de Equipamentos e Electromedicina, adiante designado por SEE, criado como Serviço de Apoio à Prestação de Cuidados pelo Boletim Informativo n.º53/10, de 20 de Dezembro, nos termos do Artigo 50º-A do Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (CHVNG/E), aprovado pelo Conselho de Administração, adiante designado por CA, de 29 de Julho de 2010.

2 – O SEE centraliza as actividades de gestão do imobilizado e de gestão da manutenção dos equipamentos de electromedicina, para todos os serviços do CHVNG/E. Com a sua actividade pretende possibilitar uma melhor rentabilização global dos recursos da Instituição e uma agilização do acesso aos equipamentos pela globalidade dos serviços.

Artigo 2º Objectivos

1 – O SEE estabelece para a sua actuação os seguintes objectivos:

a) Melhoria contínua do tempo de resposta às solicitações, através de meios internos e externos;
b) Gestão do programa de manutenção e de assistência técnica dos equipamentos da Instituição, com vista a uma maior racionalidade económica;
c) Registo e controlo dos Bens do CHVNG/E através da sua inventariação e da manutenção do seu cadastro individual informatizado actualizado, desde a sua aquisição até ao momento do abate;
d) Definição da organização a respeitar no Parque de Equipamentos e gestão eficiente dos Bens excedentários;
e) Monitorização e controlo adequados das condições ambientais e dos gases medicinais;
f) Desenvolvimento de um plano de acção de eficiência energética;
g) Implementação de medidas de controlo de custos e de indicadores relativos ao nível de serviço praticado;

CHVNG/E, E.P.E. CASSIEN CROISE Responsável do Serviço Nº Mec. 6198 SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

h) Apoio aos Serviços de Prestação de Cuidados durante acções de auditoria e nas decisões de investimento/substituição;
i) Melhoria contínua global da performance do Serviço.

2 – O cumprimento dos objectivos assumidos é objecto de controlo interno do próprio SEE e de avaliação interna pelas entidades competentes nomeadas pelo CA.

Artigo 3º Missão

1 – O SEE tem como missão a implementação de um plano de manutenção e monitorização que garanta o funcionamento dos equipamentos do CHVNG/E de forma segura e funcional, de acordo com as normas, regulamento e legislação em vigor, de modo a proporcionar a segurança e qualidade dos cuidados prestados ao utente, assim como às famílias, profissionais e visitantes.

2 – Faz igualmente parte da sua missão:

a) assegurar um inventário dos Bens que expresse a realidade patrimonial da Instituição;
b) gerir eficientemente os parques de equipamentos da Instituição;
c) controlar as condições ambientais e o fornecimento de gases medicinais;
d) gerir a energia na Instituição.

3 – É, ainda, missão do SEE, garantir um elevado nível de serviço na sua operativa e contribuir para a elevação da cultura organizacional do CHVNG/E.

Artigo 4º Visão e valores

1 – O SEE rege-se pelos valores e princípios do CHVNG/E (Artigo 3º do Regulamento Interno do CHVNG/E supra mencionado), promovendo uma cultura de qualidade, eficiência, responsabilidade e sustentabilidade entre os seus colaboradores, orientada para a satisfação total dos serviços utilizadores.

CHVNG/E, E.P.E. [illegible] CASSIEN CROISE Responsável do Serviço Nº Mec. 6108 SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

2 – O Serviço pretende obter a certificação, bem como o reconhecimento e o respeito pelo seu contributo positivo para o CHVNG/E.

3 – É ainda visão do SEE a promoção da segurança, adequação e funcionalidade dos equipamentos e instalações do Centro Hospitalar.

Artigo 5º Legislação e regulamentação aplicáveis

1 – O SEE rege-se pelo presente Regulamento e pela seguinte legislação e regulamentação interna:

a) Regulamento Interno do CHVNG/E (aprovado pelo CA em 29 de Julho de 2010);
b) Legislação respeitante à organização e à actualização do inventário geral do património do Estado (Decreto-Lei nº 477/80, de 15 de Outubro);
c) Diploma relativo ao cadastro e inventário dos bens do estado – CIBE (Portaria nº 671/2000, de 17 de Abril);
d) Legislação que regulamenta as operações de manutenção e de assistência aos sistemas de protecção contra-incêndios e aos extintores (Decreto-Lei nº152/2005, de 31 de Agosto);
e) Legislação que estabelece as disposições aplicáveis à manutenção e inspecção de elevadores (Decreto-Lei nº320/2002, de 28 de Dezembro);
f) Resolução relativa ao lançamento do Programa de Eficiência Energética na Administração Pública – ECO.AP (RCM nº2/2011, de 12 de Janeiro);
g) Manuais relativos à actividade do SEE: Manual da Qualidade, Manual de Processos; Manual de Procedimentos e Manual de Funções;
h) Norma do SEE para o Registo e Controlo dos Bens Inventariáveis, adiante designada por NM01;
i) Outra regulamentação específica, definida internamente no interesse da actividade do Serviço.

CHVNG/E, E.P.E.
Dr. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

CAPÍTULO II DA ESTRUTURA

SECÇÃO I Considerações gerais

Artigo 6º Composição

1 – O SEE é composto por uma equipa multidisciplinar que dá resposta aos objectivos enumerados no artigo 4º, que se organiza em:

a) Responsável de Serviço;
b) *Helpdesk,* Planeamento e Qualidade;
c) Departamento de Apoio ao Imobilizado;
d) Departamento de Electromedicina e Manutenção;
e) Departamento de Controlo Ambiental e Energético;

2 – O organigrama em que está estruturada a equipa encontra-se formalizado no Manual de Funções do Serviço (MF.05).

Artigo 7º Responsável de Serviço

1 – O cargo de Responsável de Serviço é assumido por um profissional nomeado pelo CA, nos termos dos Artigos 26º e 50º A do Regulamento Interno do CHVNG/E supra mencionado.

2 – Ao Responsável de Serviço compete assumir a gestão total da actividade do Serviço, estabelecendo a missão e a visão do SEE, assumindo uma política de Qualidade e cumprindo as competências que lhe são atribuídas nos termos do Artigo 27º do Regulamento Interno do CHVNG/E supra mencionado.

3 – Os procedimentos correspondentes decorrem directamente do Manual de Procedimentos, estando os processos definidos no Manual de Processos.

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Artigo 8º ***Helpdesk,* Planeamento e Qualidade**

1 – Este sector é responsável pela gestão das ordens de trabalho (OTs), que constitui o suporte à restante actividade do SEE, centralizando a identificação e a geração de resposta às necessidades dos clientes do Serviço.

2 – Assume, assim, a coordenação da actividade do *helpdesk*, que se traduz na recepção dos pedidos de intervenção via telefónica ou via informática e na sua triagem e priorização, com geração de OTs. Pretende-se assim, assegurar um atendimento e uma triagem eficiente e eficaz às requisições dos clientes; bem como garantir uma resposta célere às mesmas.

3 – Além disso, assume funções na gestão dos contratos de assistência técnica, em estrita colaboração com o Responsável de Serviço; e no controlo das inspecções periódicas obrigatórias aos equipamentos.

4 – Engloba ainda as actividades de secretariado, que apoiam administrativamente o Responsável de Serviço. Apoiam ainda a gestão das ordens de trabalho através do controlo de notas de encomenda emitidas e da facturação.

4 – Por fim, o Helpdesk, Planeamento e Qualidade centraliza o suporte do SGQ no Serviço, responsabilizando-se pelas actividades de elaboração e gestão da documentação, constituindo a interface do SEE neste tópico com entidades externas.

3 – Os procedimentos respeitantes a esta secção decorrem directamente do Manual de Procedimentos, estando os processos definidos no Manual de Processos.

CHVNG/E, E.P.E.
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6128
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Artigo 9º Departamento de Apoio ao Imobilizado

1 – É do âmbito deste departamento a inventariação dos Bens do CHVNG/E, com realização de controlo interno, segundo o definido na NM01.

2 – O departamento assume também a gestão da interacção com o Serviço de Obras e Instalações no transporte de Bens, efectuando o acompanhamento das mudanças realizadas por este serviço. Além disso, assume a gestão das reparações dos Bens não-médicos e, ainda, da manutenção dos extintores.

3 – É igualmente do seu âmbito a participação na elaboração do Plano de Abates, bem como a identificação e análise de necessidades de abate detectadas, em colaboração com a Comissão de Abate constituída na Instituição.

4 – É ainda da sua responsabilidade a coordenação da gestão física dos Bens do parque de equipamentos, segundo o definido nos termos da Secção III do Capítulo III do presente Regulamento.

5 – Os procedimentos respeitantes ao departamento decorrem directamente do Manual de Procedimentos, estando os processos definidos no Manual de Processos.

Artigo 10º Departamento de Controlo Ambiental e Energético

1 – Este departamento é responsável pela monitorização e controlo das condições ambientais e energéticas do CHVNG/E.

2 – Assume ainda a gestão dos sistemas de AVAC, de outros sistemas de produção de frio, das centrais térmicas, das centrais de gases medicinais, das estações de tratamento de água e dos postos de transformação.

3 – É também do seu âmbito a gestão dos consumos da Instituição e a implementação de um plano de acção energética.

4 – Os procedimentos decorrem directamente do Manual de Procedimentos, estando os processos definidos no Manual de Processos.

CHVNG/E, E.P.E.
CASSILEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6193
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Artigo 11º Departamento de Electromedicina e Manutenção

1 – Este departamento assume a responsabilidade pela manutenção preventiva e curativa dos equipamentos de electromedicina que não estão sobre responsabilidade de outra entidade, gerindo o apoio técnico.

2 – É assim do seu âmbito a colaboração técnica na gestão dos contratos de assistência técnica, através da identificação da sua necessidade e da monitorização qualitativa e quantitativa da prestação de serviços.

3 – É ainda da sua responsabilidade a colaboração com o Departamento de Apoio ao Imobilizado na gestão física de equipamentos e no acompanhamento de mudanças, quando necessária assistência técnica no transporte dos equipamentos de electromedicina.

4 – Os procedimentos do âmbito do departamento decorrem directamente do Manual de Procedimentos, estando os processos definidos no Manual de Processos.

Artigo 12º Funções

1 – Os requisitos a que os colaboradores devem obedecer para um conforme desempenho das suas funções são apresentados no Manual de Funções (Matriz de Competências – MF.06), podendo incluir escolaridade, formação, saber fazer e experiência considerados relevantes.

2 – A cada um dos colaboradores são atribuídas diferentes competências consoante a sua função, que se encontram igualmente definidas no Manual de Funções (MF.07), com o conhecimento pessoal de cada colaborador.

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Artigo 13º Dependência hierárquica

1 – A cada colaborador cumpre reportar directamente ao Responsável de Serviço sempre que solicitado ou considere necessário.

2 – Caso contrário, os recursos humanos do SEE devem reger a sua actividade segundo a hierarquia estabelecida nos termos descritos no Manual de Funções (MF.07).

Artigo 14º Política de substituição

1 – Quando temporariamente é necessária uma substituição, os recursos humanos do SEE são geridos segundo a política de substituição aprovada pelo Responsável de Serviço, nos termos descritos no Manual de Funções (MF.07).

CHVNG/E, E.P.E.
[illegible]
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

CAPÍTULO III FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO

SECÇÃO I Disposições gerais

Artigo 15º Regras gerais de funcionamento

1 – Como serviço de apoio à prestação de cuidados de saúde, o SEE deve privilegiar a segurança do utente, promovendo níveis de qualidade e excelência na sua actividade.

2 – Os colaboradores do SEE comprometem-se com a política de confidencialidade definida pelo CHVNG/E, em respeito ao definido no Artigo 82º do Regulamento Interno do CHVNG/E supra mencionado.

Artigo 16º Horário

1 – O SEE encontra-se disponível entre as 8h30 e as 18h00 durante os dias úteis, com interrupção para almoço entre as 12h30 e as 13h30.

2 – O atendimento aos clientes internos e externos à Instituição é efectuado entre as 8h30 e as 17h30, durante os dias úteis, salvo durante a interrupção para almoço.

Artigo 17º Reuniões de serviço

1 – As reuniões de serviço são realizadas com uma periocidade mensal, com o objectivo de avaliar a prossecução dos objectivos delineados e de definir novas metas; bem como de possibilitar a abordagem de outros temas relevantes à boa actividade do SEE e de manter a motivação dos colaboradores.

2 – Da reunião é lavrada uma acta, cuja redacção é da responsabilidade do Secretariado.

CHVNG/E, E.P.E.
Dr. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6108
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

SECÇÃO II Articulação com terceiros

Artigo 18º Articulação com os clientes

1 – O SEE actuará numa perspectiva de cooperação com os seus clientes, nomeadamente através de:

a) Prioridade às necessidades que condicionam a segurança e qualidade dos cuidados prestados aos utentes;
b) Disponibilização de resposta técnica eficaz, articulando meios internos e externos.

2 – O Serviço desenvolverá uma estratégia de definição de prioridades e organização da sua resposta, em função do seu âmbito de actuação no contexto do Hospital, em estreita coadjuvação com os colaboradores externos.

Artigo 19º Acessibilidade

1 – O SEE está acessível aos seus clientes no horário estabelecido no Artigo 16º, sendo que:

a) os clientes internos podem contactar o Serviço por via informática ou por via telefónica através do *helpdesk;*
b) os clientes externos têm à disposição o contacto telefónico, por e-mail e/ou fax; ou podem aceder de forma presencial ao Serviço, preferencialmente agendando atempadamente.

CHMA/HGE, E.P.E.
Enf. CLÁUDIA CROISE
Enfermeiro Responsável do Serviço
Nº Mec. 6158
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

SECÇÃO III Instalações

Artigo 20º Composição

1 – As instalações do SEE proporcionam a infraestrutura necessária à actividade do Serviço, compreendendo um edifício administrativo, parques de equipamentos e instalações técnicas.

2 – O edifício administrativo centraliza a área funcional de atendimento e a de desempenho das funções de gestão da actividade do Serviço. Inclui-se na sua infraestrutura equipamento de escritório, equipamento informático (nomeadamente o software de gestão hospitalar) e equipamento específico para a identificação dos Bens.

3 – Os parques de equipamentos destinam-se ao armazém de Bens e ao desempenho de actividades de manutenção correctiva. Inclui-se na sua infraestrutura equipamento de escritório, equipamento informático (nomeadamente o software de gestão hospitalar) e equipamento específico de electromedicina.

4 – As instalações técnicas são de diversos tipos, sendo contemplados os postos de transformação; as centrais de gases medicinais; os sistemas AVAC; as UTAs; os sistemas de produção de frio; as centrais térmicas; a produção de água para hemodiálise e as estações de tratamento de água.

CHVNG/E, E.P.E.
CASSIANO CROISE
Responsável de Serviço
Nº Mec. 3198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

SECÇÃO IV Bens para empréstimo

Artigo 21º Composição da zona de Bens para empréstimo

1 – Os Bens para empréstimo estarão identificados em tipologia e quantidade numa listagem actualizada disponível à comunidade profissional do CHVNG/E no portal da Instituição.

2 – Qualquer serviço interessado em pedir ou ceder Bens deverá informar o SEE através do *helpdesk*. O SEE analisará a viabilidade do pedido, dando início ao processo, segundo o definido no Manual de Procedimentos.

3 – Em caso de empréstimo de Bem, o serviço requisitante é responsável por este durante o período de empréstimo, não estando autorizado em circunstância alguma a transferir o Bem emprestado para outro serviço que dele necessite.

4 – A composição da zona de Bens para empréstimo será melhorada continuamente através da análise trimestral do volume de pedidos e da tipologia dos Bens emprestados, que resultará em medidas de adequação dos Bens disponibilizados às necessidades dos serviços da Instituição.

Artigo 22º Responsabilidade pela manutenção

1 – O SEE assume a responsabilidade pela manutenção preventiva do Bem afecto a empréstimo, sendo-lhe imputados os custos associados.

2 – A manutenção correctiva é igualmente assumida pelo SEE, sendo-lhe imputados os custos associados, salvo em situação de manifesta má utilização do Bem. Nesta situação, os custos serão imputados ao serviço requisitante.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6406
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

Artigo 23º Ressalvas especiais ao empréstimo de Bens

1 – Não são considerados pedidos de empréstimo de Bens já emprestados.

2 – Em caso de activação do plano de emergência/catástrofe, os Bens reservados para empréstimo serão integralmente colocados à disposição. Nesta situação, a responsabilidade pela sua gestão é assumida pela entidade nomeada para a coordenação das operações, em colaboração com o SEE.

CHVNG/E, E.P.E.
Eng. CASSIEN CROISE
Responsável do Serviço
Nº Mec. 6198
SERVIÇO EQUIPAMENTOS E ELECTROMEDICINA

CAPÍTULO IV DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 24º Actualização

1 – A manutenção e actualização do Regulamento Interno do SEE são da responsabilidade do *Helpdesk*, Planeamento e Qualidade, sendo o documento verificado pelo Representante para a Gestão da Qualidade e aprovado pelo Responsável de Serviço.

Artigo 25º Acesso

1 – O original do Regulamento Interno, para todos os documentos que o constituem, encontra-se disponível no directório de acesso restrito ao Representante para a Gestão da Qualidade e ao Responsável de Serviço: \\172.20.91.2\see$\SGQ\Originais.

2 – A cópia de trabalho do mesmo é disponibilizada a todos os colaboradores do SEE no directório partilhado: \\172.20.91.2\see$\SGQ.

Artigo 26º Dúvidas e omissões

1 – As dúvidas e omissões resultantes da aplicação do presente Regulamento serão resolvidas pelo Responsável de Serviço.

Artigo 27º Entrada em vigor

1 – O presente Regulamento entra em vigor após aprovação pelo Conselho de Administração e publicação em Boletim Informativo.

Artigo 28º Revogação

1 – Com a entrada em vigor do presente Regulamento consideram-se revogadas todas as orientações/ordens de serviço/regulamentos/directivas anteriormente existentes no serviço.