

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

MANUAL DA QUALIDADE



ELABORADO POR: DULCE RAMOS	APROVADO POR: DIREÇÃO
Data: 16/04/2014	Data: 22/04/2014

ÍNDICE

1. APRESENTAÇÃO DO CSNSA	3
1.1 Promulgação	3
1.2 Identificação da Instituição	4
1.3 Síntese Histórica do CSNSA	5
2. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE - ÂMBITO E CAMPO DE APLICAÇÃO	7
2.1 Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade	8
Política da Qualidade	
2.2 Objetivos da Qualidade	9
2.3 Responsabilidade, Autoridade e Comunicação	10
3. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	11
3.1 Estrutura Documental do SGQ do CSNSA	11
3.2 Mapeamento dos Processos	12
3.3 Monitorização e Medição dos Processos	13
3.4 Descrição dos Processos e sua Interligação	14
3.5 Atividades de Suporte ao SGQ	16
3.5.1 Controlo Documental	16
3.5.2 Ações Corretivas e Preventivas	16
3.5.3 Auditorias	17
3.5.4 Formação	17
3.5.5 Oportunidades de Melhoria	17
3.5.6 Manutenção e Limpeza	17
3.5.7 Administrativo, Financeiro e Compras	18
3.5.8 HACCP	18
3.6 Exclusões ao Sistema de Gestão da Qualidade	18
ANEXOS	
3.7 Lista de Siglas	18
3.8 Gestores dos Processos Cláusulas e Lista de Documentos	19

1. APRESENTAÇÃO DO CSNSA

1.1 Promulgação

O Manual da Qualidade reflete o compromisso do Centro Social Nossa Senhora do Amparo (CSNSA) na adoção do Modelo de Gestão, para assegurar a qualidade dos serviços prestados.

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

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

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

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

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

Mirandela, 16 de abril de 2014

A Presidente da Direção

Laura de Jesus Morais

1.2 Identificação da Instituição

1.2.1 Designação

Sede: Avenida Eng.º Camilo Mendonça, 158, Mirandela

Nome: Centro Social Nossa Senhora do Amparo

Telefone: 278265357

E-mail: geral@colegioamparo.org

Mapa de Localização – Sede:



1.2.2 Constituição e Identificação Fiscal

Estrutura Jurídica: IPSS

Nº. Contribuinte: 503094153

1.2.3 Instalações e Meios Humanos

Número total de colaboradores: 23

1.2.4 Domínio de Atividade

Instituição Particular de Solidariedade Social, Instituição de Utilidade Pública

1.3 Síntese Histórica do CSNSA

O Centro Social Nossa Senhora do Amparo, à frente designado por Centro, é um estabelecimento com sede na Avenida Engenheiro Camilo Mendonça, em Mirandela, sendo uma Instituição Particular de Solidariedade Social, com Estatutos aprovados em 17 Julho de 1989.

O Centro dedica a sua atividade ao acolhimento e formação de crianças, através das valências seguintes: Infantário e Pré-Escolar. De uma forma geral, o Centro Social Nossa Senhora do Amparo procura contribuir para a promoção integral de todos os habitantes da freguesia de Mirandela, num espírito de solidariedade humana, cristã e social.

Nesse sentido, são objetivos gerais do Centro os seguintes:

- Estimular as capacidades de cada criança e favorecer a sua formação e desenvolvimento equilibrado de todas as suas capacidades.
- Contribuir para a estabilidade e segurança afetivas da criança.
- Fomentar a integração da criança em grupos sociais diversos e complementares da família tendo em vista o desenvolvimento da sociabilidade e da solidariedade.
- Inculcar hábitos de higiene e de defesa da saúde pessoal e coletiva.
- Desenvolver a formação moral da criança e o sentido de responsabilidade, associado ao da liberdade.
- Assegurar uma participação afetiva e permanente das famílias no processo educativo.

Para a consecução dos objetivos apontados, o Centro contará, entre outros, com os seguintes meios:

- Espaços apropriados para o funcionamento das valências referidas e para a articulação entre elas, tendo em conta as atividades formativas e lúdicas, a alimentação e a higiene;
- Pessoal técnico e auxiliar que suporte, o mais eficazmente possível, quer o acompanhamento sócio-educativo das crianças, quer todo o funcionamento do Centro nas suas duas componentes;
- Material que proporcione às crianças uma participação ativa e interessada nas diferentes atividades desenvolvidas;
- Programa de atividades que permita uma melhor articulação entre as várias valências e uma mais equilibrada coordenação educativa;
- Promoção de atividades de natureza variada, ao longo do ano, que tenham em conta a criatividade e o relacionamento das crianças a nível institucional e com o meio envolvente;
- Contato com as famílias das crianças a fim de permitir mais estreita e eficaz colaboração na tarefa educativa que o Centro se propõe atingir.

Descrição das Respostas Sociais:

Resposta Social	Objetivos	Destinatários	Capacidade
Creche	<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar o bem estar e desenvolvimento das crianças num clima de segurança afetiva e física através de um acompanhamento atento e individualizado.• Colaborar com a família numa partilha de cuidados e responsabilidades em todo o processo evolutivo da criança.• Colaborar de forma eficaz no despiste precoce de qualquer inadaptação ou deficiência, assegurando o seu encaminhamento adequado.• Oferecer às crianças ambiente que permite a sua socialização.• Cooperar com os pais nos desafios da Educação dos seus filhos.• Desenvolver os hábitos, normas, horários e rituais que tornam as crianças mais confiantes na relação com o espaço estimulando o seu desenvolvimento.	Crianças dos 4 meses aos 3 anos	50 Crianças

Resposta Social	Objetivos	Destinatários	Capacidade
Jardim de Infância	<ul style="list-style-type: none">• A Educação pré-escolar é a primeira etapa da Educação básica, sendo complementar da ação educativa da família com a qual deve estabelecer estreita relação favorecendo a formação e desenvolvimento da criança, tendo em vista a sua plena inserção na sociedade como autónomo.• Promover o desenvolvimento pessoal e social da criança• Fomentar a inserção da criança em grupos sociais diversos• Estimular o desenvolvimento global da criança• Desenvolver a expressão e comunicação através de linguagens múltiplas• Despertar a curiosidade e o pensamento crítico• Proporcionar á criança ocasiões de bem estar e segurança• Despistagem de inaptações, deficiências ou precocidade• Incentivar a participação das famílias no ato educativo	Crianças dos 3 aos 5 anos.	75 Crianças

2. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE - ÂMBITO E CAMPO DE APLICAÇÃO

O sistema de Gestão da Qualidade do Centro Social Nossa Senhora do Amparo aplica-se aos seguintes processos:

- Processo Gestão e Melhoria

- Processo Recursos Humanos
-
- Processo Creche
- Processo Jardim de Infância

Este manual explicita os objetivos de gestão da Qualidade considerados necessários para responder aos requisitos da ISO 9001 e MAQ Creche Nível B (Segurança Social).

2.1 Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade

Missão

O **Centro Social Nossa Senhora do Amparo** é uma I.P.S.S. sita em Mirandela que intervém personalizadas no apoio a crianças e jovens com base na promoção pedagógica, cultural, social e religiosa num espírito de solidariedade humana e cristã.

Slogan Institucional: ***Não só Educamos, AMAMOS!***

Visão

- Contribuir com uma resposta social certificada e mais abrangente ao nível dos serviços para a comunidade;
- Constituir-se num pilar primordial de desenvolvimento social, religioso e humano da comunidade envolvente;
- Ser uma instituição reconhecida pela qualidade dos serviços proporcionados

Valores:

- **Solidariedade e cooperação**

Permite obter: Funcionamento harmonioso

Contribuir para a causa da instituição

Trabalho em equipa

Carinho para com os clientes

- **Valores Cristãos e Espirituais;**

Permite obter: Eficiência de serviços

Desenvolvimento integral dos clientes

- **Respeito pelos Direitos Humanos**

Permite obter: Bem-estar

Criatividade

- **Profissionalismo**

Permite obter: Boas iniciativas

Bom desempenho

Dinamismo

Satisfação individual

Política da Qualidade

Para o Centro Social Nossa Senhora do Amparo, os eixos estratégicos de uma Política da Qualidade é ter uma política institucional orientada para a satisfação das necessidades e expectativas dos clientes, colaboradores como fatores de êxito; estabelecimento contínuo de parcerias bem como o cumprimento da legislação em vigor. A política da Qualidade traduz o compromisso da Direção em assegurar a melhoria contínua da eficácia dos seus processos, através dos seguintes fatores chave:

- 1) Promover o desenvolvimento global com base na promoção social e cultural, minimizando as carências da comunidade envolvente;
- 2) Garantir uma prestação de serviços qualificada, competente e certificada de forma a satisfazer as necessidades dos clientes e respetivas famílias, colaboradores e fornecedores bem como da comunidade em geral;
- 3) Fomentar o trabalho em equipa, valorizando as contribuições individuais, incentivando a participação de todos, preparando e implementando ações que visam a melhoria da Qualidade;
- 4) Investir numa parceria contínua com a sociedade de forma a prestar serviços sociais e comunitários adequados à mesma;
- 5) Participar ativamente nas atividades das demais instituições e entidades dedicadas à intervenção de grupos em risco;
- 6) Cumprir e adequar a Instituição à legislação em vigor.
- 7) Gerir eficazmente o Sistema de Gestão da Qualidade e da Segurança e Higiene no Trabalho bem como da Segurança Alimentar;
- 8) Satisfazer as necessidades e expectativas dos utentes;
- 9) Envolver todos os colaboradores na melhoria das suas competências.

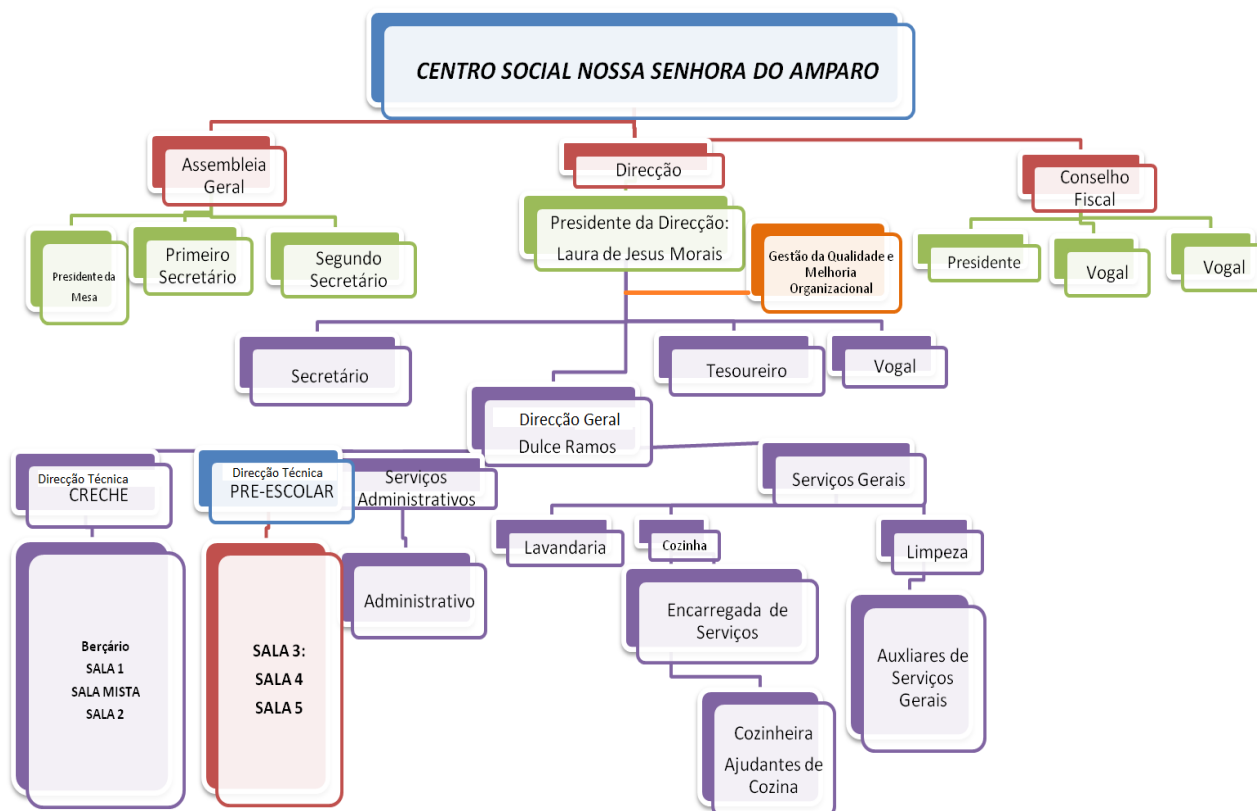
2.2 Objetivos da Qualidade

Os objetivos da Qualidade do CSNSA traduzem-se nos Objetivos dos Processos, que se encontram formalizados no Plano Anual de Atividades.

2.3 Responsabilidade, Autoridade e Comunicação

2.3.1 Responsabilidade e Autoridade

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



2.3.2 Representantes da Gestão

A Direção nomeia como Representante da Gestão – **Dulce de Jesus Martins Ramos** e como Gestor da Qualidade – **Irmã Dulce Ramos**, que assegura o estabelecimento, a implementação e manutenção dos processos necessários ao sistema de gestão da qualidade e de lhe reportar o seu desempenho e qualquer necessidade de melhoria.

2.3.3 Comunicação Interna

Os meios de comunicação utilizados no CSNSA para divulgação da informação relevante, nomeadamente no que respeita à qualidade, são:

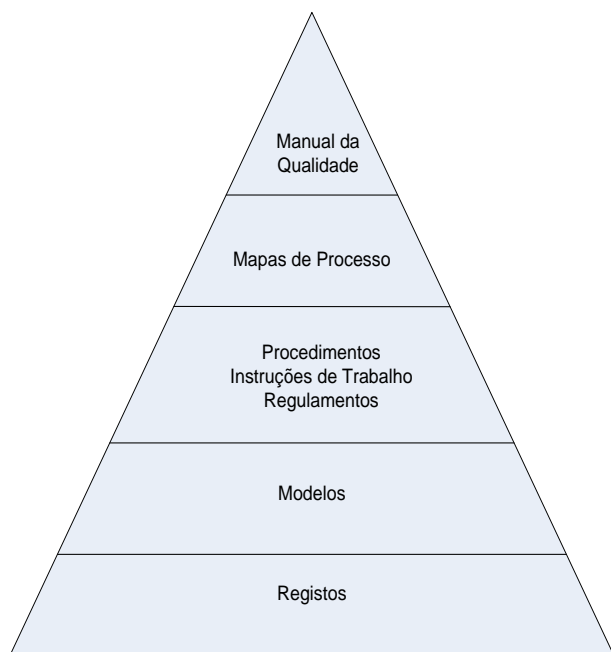
- Recursos Humanos
- O conjunto de Modelos associados às Atividades da Instituição;

- Informações Internas;
- Atas de Reunião;
- Definição clara das saídas de cada atividade e qual o seu destinatário, garantindo assim que a informação chegará a quem dela necessita;
- E-mails (Correio eletrónico) e Newsletter (para os Encarregados de Educação);
- Ofícios;
- Convocatórias.

3. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

3.1 Estrutura Documental do SGQ do CNSA

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

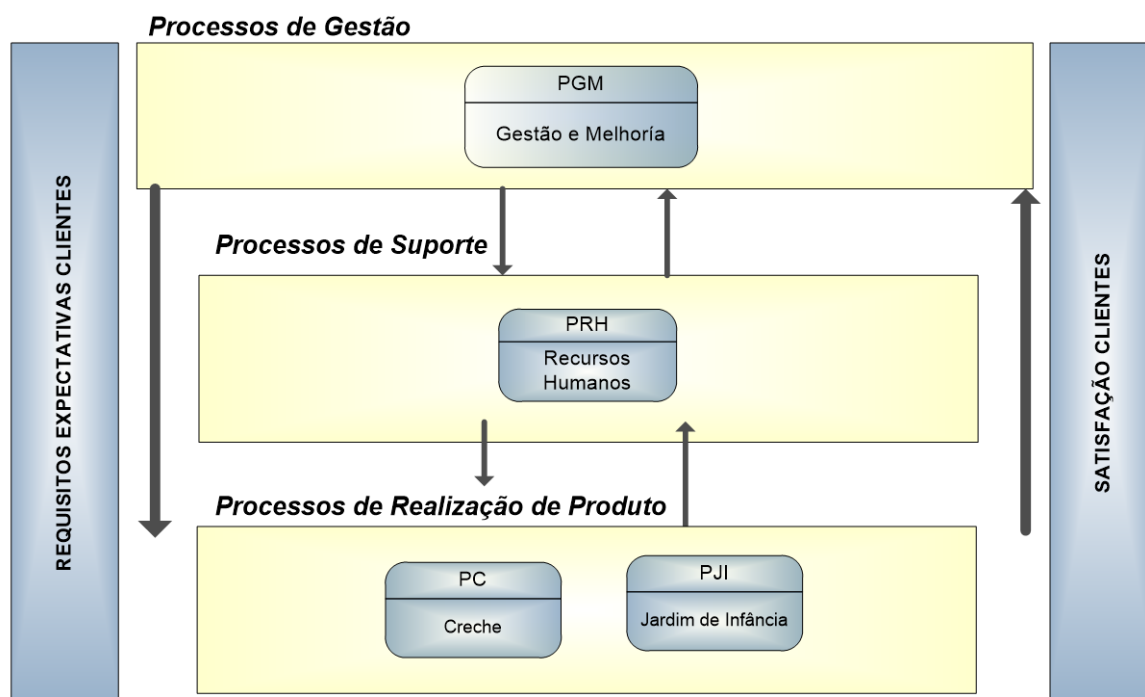


registar dados requeridos pelo Sistema de Gestão da Qualidade.

- **Mapas de Processo** – Documentos que descrevem os Processos da organização. Identificam as atividades (em fluxograma) e respetivas tarefas, responsabilidades setoriais, funções dos recursos humanos alocados aos mesmos e entradas/saídas afetas às tarefas.
 - **Procedimentos** – Documentos que descrevem atividades, os métodos de realização e gestão das mesmas.
 - **Instruções de Trabalho** – Documentos que descrevem de forma detalhada como realizar e registar as tarefas.
 - **Modelos** – Documentos utilizados para
- **Manual da Qualidade** – Documento que especifica o Sistema de Gestão da Qualidade de uma organização.
 - **Registo** – Documento que expressa resultados obtidos ou fornece evidência das atividades realizadas.
 - **Regulamentos** – Documentos que regulam as atividades da Instituição.

3.2 Mapeamento dos Processos

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



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

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

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

Matriz de Interação dos Processos

	PGM	PRH	PC	PJI
PGM		•△	•△	•△
PRH	•△		•△	•△
PC	•△	•△		•△
PJI	•△	•△	•△	

Legenda: • - Entrada △ – Saídas

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

- PGM** Processo Gestão e Melhoria
PRH Processo Recursos Humanos
PC Processo Creche
PJI Processo Jardim de Infância

3.3 Monitorização e Medição dos Processos

3.3.1 Indicadores de Desempenho dos Processos

Os objetivos de cada Processo, indicadores, respetivas metas, frequência, responsáveis e ferramentas de suporte à monitorização estão definidos no Programa de Gestão

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

3.3.2 Gestão dos Processos

Cada processo tem o seu Gestor definido.

Compete ao Gestor do Processo:

- A definição do objetivo(s) do(s) processo(s), em harmonia com os Objetivos Estratégicos, definidos pela Direção;
- Planear as ações necessárias para se atingir os objetivos definidos. Efetuar acompanhamento ao Planeado (*a anexar ao Relatório de Gestão*).

- A avaliação do grau de cumprimento dos objetivos; fazer análise crítica aos resultados obtidos, definir eventuais ações corretivas e/ou preventivas em função da análise efetuada (*a constar no Relatório de Gestão*);
- O tratamento de não conformidades internas e externas, relativas as atividades que integram o Processo de acordo com o procedimento interno (PQ.02);
- O envolvimento dos intervenientes do Processo para os assuntos da Qualidade (ex: registo de não conformidades, aplicação do definido no Mapa do Processo);
- Participação nas auditorias internas e externas;
- A manutenção da documentação suporte do processo (ex. elaboração/revisão, arquivo, eliminação de obsoletos).

3.4 Descrição dos Processos e sua Interligação

3.4.1 Estrutura Organizacional

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

3.4.2 Política e Objetivos da Qualidade

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

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

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

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

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

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

3.4.3 Processo Gestão e Melhoria

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

Assegura as atividades de Medição da Satisfação do Cliente, Dinamização do Registo e Tratamento de Não – Conformidades e a promoção de Auditorias Internas. Efetua o Tratamento de Dados tendo como suporte todos os inputs de medição, no sentido de suportar a Gestão de Topo na tomada de decisões e de lhe apresentar propostas de desenvolvimento organizacional.

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

3.4.4 Processo Recursos Humanos

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

3.4.5 Processo Creche

Este Processo estabelece as regras gerais para o desempenho de todas as atividades associadas à Resposta Social, nomeadamente Candidatura, Admissão, Planeamento e acompanhamento das atividades, Cuidados pessoais, Nutrição e Alimentação, Entre outros.

3.4.6 Processo Jardim de Infância

Este Processo estabelece as regras gerais para o desempenho de todas as atividades associadas à resposta social, nomeadamente Candidatura, Admissão, Planeamento e acompanhamento das atividades, Cuidados pessoais, Nutrição e Alimentação, Entre outros.

3.5 Atividades de Suporte ao SGQ

Consideram-se as atividades de suporte à operacionalidade do SGQ aquelas que não se encontram afetas exclusivamente a um processo específico, mas a todos eles. São exemplos o Controlo documental, Tratamento de Não - conformidades, Ações Corretivas e Preventivas e as Auditorias.

3.5.1 Controlo Documental

O controlo documental é assegurado conforme o previsto no procedimento PQ.01 – Controlo de Documentos e Registos bem como as regras para elaboração de documentos.

Estão definidos na “Matriz de Responsabilidades de Documentos” a atribuição de responsabilidades no controlo de documentos, nomeadamente na:

- Elaboração;
- Aprovação;
- Distribuição;
- Revisão;
- Arquivo inativo.

Estão definidos na “**Tabela de Controlo de Registos da Qualidade**” a atribuição de responsabilidades no controlo de registos, nomeadamente na:

- Tipo de Suporte (I/P);
- Arquivado Por;
- Acedido Por;
- Localização;
- Critério de arquivo;
- Tempo de Retenção.

3.5.2 Ações Corretivas e Preventivas

O desencadeamento de um processo de ações corretivas ou preventivas visa a eliminação de causas reais ou potenciais de não - conformidades de produtos ou serviços, processos, sistema ou ainda de oportunidades de melhoria.

Um processo de ação corretiva ou preventiva pode ter as seguintes origens:

- Tratamento de produto/ serviço não conforme;
- Tratamento de reclamações;
- Auditorias internas ou externas;
- Revisão do sistema pela gestão;
- Detecção de oportunidades de melhoria.

Com base nas situações detetadas é feita uma análise das causas. Sempre que a situação exigir uma análise mais aprofundada e abrangente é convocado o núcleo da qualidade para discussão da situação e apresentação de propostas de ações corretivas ou preventivas.

Com base na análise da situação são definidas as ações corretivas ou preventivas, bem como os

responsáveis e prazos de implementação.

A implementação das ações definidas é acompanhada de forma a garantir que são realmente concretizadas e eficazes.

A metodologia de registo e tratamento de Não – Conformidades encontra-se definida no Procedimento **PQ.02 – Tratamento de Não - Conformidades, Ações Corretivas e Preventivas.**

3.5.3 Auditorias

O CSNSA avalia regularmente a forma como a organização cumpre com os requisitos de gestão da qualidade decorrentes da norma NP EN ISO 9001:2008 e MAQ (Creche), das disposições definidas neste manual da qualidade e procedimentos da qualidade.

O Programa Anual de Auditorias internas da qualidade é elaborado anualmente e tem em conta o estado e a importância para a organização das áreas a auditar. Sempre que se considere conveniente, são efetuadas auditorias extraordinárias e não previstas no plano anual.

São definidas e implementadas as ações necessárias, na sequência das não - conformidades detetadas pelos auditores.

São realizadas ações de seguimento para verificação da eficácia das ações implementadas.

Os resultados das auditorias internas da qualidade são analisados em reunião do núcleo da qualidade.

A metodologia de realização das auditorias internas encontra-se definida no Procedimento **PQ.03- Auditorias Internas.**

3.5.4 Formação

É proporcionada, a formação necessária para assegurar que os recursos humanos do CSNSA estão permanentemente atualizados em termos de conhecimentos (através da concretização do Plano Anual de Formação).

Periodicamente é efetuada a avaliação das formações realizadas. Decorrentes do resultado da avaliação da eficácia poderão ser definidas ações corretivas. São mantidos registos da formação, competência e experiência de cada colaborador.

A gestão da formação é especificada em procedimento próprio **PQ.05 – Gestão da Formação**

3.5.5 Oportunidades de Melhoria

Todos os Colaboradores podem contribuir para a melhoria organizacional, propondo oportunidades de melhoria. Cabe ao GQ a sua recolha e análise no Plano de Ação.

O tratamento de oportunidades de melhoria está definido na **IT.03 – Tratamento de Sugestões, Ações de Melhoria.**

3.5.6 Manutenção e Limpeza

Este procedimento assegura as atividades de manutenção das instalações (incluindo, também, a higienização e limpeza), dos equipamentos e das viaturas utilizadas pelas respostas sociais da Instituição.

3.5.7 Administrativo, Financeiro e Compras

Este procedimento estabelece as regras gerais para a gestão administrativa, financeira e de compra de produtos e serviços (incluindo o controlo dos produtos à receção, avaliação de fornecedores, gestão de stocks e pagamento a fornecedores).

3.5.8 HACCP

Toda a documentação e registos associados ao HACCP têm codificação própria e seguem as orientações dadas pela empresa subcontratada, bem como a legislação aplicável.

3.6 Exclusões ao Sistema de Gestão da Qualidade

Dado a natureza do CSNSA e dos serviços prestados, são consideradas as seguintes exclusões no sistema de gestão da qualidade, tendo em consideração os requisitos da norma NP EN ISO 9001:2008.

a) Ponto 7.5.2 - Validação dos processos de produção e de fornecimento de serviço, uma vez que o CSNSA não possui quaisquer processos de fornecimento de serviço em que a saída resultante não possa ser verificada por subsequente monitorização ou medição.

ANEXOS

3.7 Lista de Siglas

DR	Dulce Ramos
LC	Lurdes do Céu...
MM	Márcia Magalhães
SCNSA	Centro Social Nossa Senhora do Amparo
GP	Gestor de Processo
GQ	Gestor da Qualidade
RG	Representante de Gestão
PGM	Processo Gestão e Melhoria
PRH	Processo Recursos Humanos
PC	Processo Creche
PJI	Processo Jardim de Infância
SGQ	Sistema Gestão da Qualidade

3.8 Gestores dos Processos Cláusulas e Lista de Documentos

PROCESSOS		GP	CLÁUSULA/ SUB- CLÁUSULA (ISO 9001)	DOCUMENTOS ASSOCIADOS
PGM	Processo Gestão e Melhoria	Dulce Ramos	4.1; 4.2; 5; 6.1; 6.4; 7.3; 8.1; 8.2; 8.3; 8.4; 8.5	<p>Mapa de Processo Gestão e Melhoria - MP.01</p> <p>Política da Qualidade, Visão, Missão, Código de Ética</p> <p>Avaliação da Satisfação de Clientes</p> <p>Avaliação da Satisfação de parceiros, entidades financiadoras e comunidade</p> <p>Plano Anual de Atividades – Mod.PGM.16</p> <p>Ficha de Planeamento – Mod.PGM.34</p> <p>Procedimento Controlo de Documentos e Registos – PQ.01</p> <p>Procedimento Tratamento de Produto não Conforme, Ações Corretivas/Preventivas – PQ.02</p> <p>Procedimento Auditorias Internas – PQ.03</p> <p>Procedimento Conceção e Desenvolvimento – PQ.04</p>
PRH	Processo Recursos Humanos	Lurdes Lopes	4.2; 6.2; 8.2.3; 8.2.4; 8.3; 8.5	<p>Mapa de Processo Recursos Humanos – MP.02</p> <p>Procedimento Controlo de Documentos e Registos – PQ.01</p> <p>Procedimento Tratamento de Produto não Conforme, Ações Corretivas/Preventivas – PQ.02</p> <p>Procedimento Formação - PQ.05</p> <p>Procedimento Avaliação do Desempenho - PQ.07</p> <p>Procedimento Avaliação da Satisfação dos Colaboradores - PQ.08</p> <p>Manual de Acolhimento - MA.01</p> <p>Termo de Confidencialidade - Mod.PRH.12</p> <p>Ficha de Descrição de Funções - Mod.PRH.11</p>

PROCESSOS		GP	CLÁUSULA/ SUB- CLÁUSULA (ISO 9001)	DOCUMENTOS ASSOCIADOS
PC	Creche	Márcia Magalhães	4.2; 7.1; 7.2; 7.5 (excepto 7.5.2); 8.2.3; 8.2.4; 8.3; 8.5	Mapa de Processo Creche – MP.03 Procedimento Controlo de Documentos e Registos – PQ.01 Procedimento Tratamento de Produto não Conforme, Ações Corretivas/Preventivas – PQ.02
PJI	Jardim de Infância	Márcia Magalhães	4.2; 7.1; 7.2; 7.5 (exceto 7.5.2); 8.2.3; 8.2.4; 8.3; 8.5	Mapa de Processo Jardim de Infância – MP.04 Procedimento Controlo de Documentos e Registos – PQ.01 Procedimento Tratamento de Produto não Conforme, Ações Corretivas/Preventivas – PQ.02
--	Procedimentos Administrativo, Financeiro e Compras	Dulce Ramos	4.2; 7.1; 7.4; 7.5 (exceto 7.5.2); 8.2.3; 8.2.4; 8.3; 8.5	Procedimento Administrativo, Financeiro e Compras – PQ.14 Procedimento Controlo de Documentos e Registos – PQ.01 Procedimento Tratamento de Não Conformidades, Ações Corretivas/Preventivas – PQ.02 Procedimento Avaliação de Fornecedores - PQ.13

Elaborado por:

Aprovado por

Dulce Ramos
(GQ)Laura de Jesus Morais
(Direção)

Data: 16/04/2014

Data: 22/04/2014