ASFE SAÚDE – ASSOCIAÇÃO DE SOCORROS DA FREGUESIA DA ENCARNAÇÃO, IPSS

SERVIÇO DE TRANSPORTE DE DOENTES NÃO URGENTES

SGQ – MANUAL DA QUALIDADE (NP EN ISO 9001:2026)

Edição: 8

Data: 14/10/2026

ÍNDICE

1. Organização e Gestão do Manual da Qualidade.....5

1.1. Objetivo.....5

1.2. Gestão do Manual da Qualidade.....6

2. Apresentação da Organização.....7

2.1. Dados de Identificação.....7

2.2. Estrutura Organizacional.....11

3. Sistema de Gestão da Qualidade.....13

3.1. Contexto da Organização.....13

3.1.1 Questões Externas e Internas.....13

3.1.2 Partes Interessadas.....14

3.1.3 Referências, Âmbito e Requisitos Não Aplicáveis.....15

3.1.4 Processos do SGQ.....17

3.2. Liderança.....23

3.2.1 Liderança e Compromisso.....23

3.2.2 Política.....24

3.3. Planeamento.....25

3.4. Suporte.....26

3.5. Operacionalização.....28

3.6. Avaliação do Desempenho.....30

3.7. Melhoria.....31

4. Correspondência dos Requisitos da Norma com a Informação Documentada.....32

5. Registo de Alterações.....37

1. Organização e Gestão do Manual da Qualidade

1.1. Objetivo

Este **MANUAL DA QUALIDADE** estabelece o âmbito e os requisitos não aplicáveis, refere a informação documentada e descreve a interação entre os processos do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) do **Serviço de Transporte de Doentes Não Urgentes**, da ASFE SAÚDE, o qual está concebido e implementado de acordo com a Norma **NP EN ISO 9001:2026**.

Celeste Silva é a Gestora da Qualidade, designada para assegurar a implementação e manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade de acordo com a norma **NP EN ISO 9001:2026**.
Em 2019, foi contratado um consultor e auditor interno para apoiar no desenvolvimento e melhoria contínua do SGQ.

Compete à Direção do Departamento de Saúde e Apoio Social analisar, a todos os níveis, o cumprimento das determinações que constam neste **MANUAL DA QUALIDADE**, podendo, no entanto, delegar a qualquer outro Colaborador.

Este **MANUAL DA QUALIDADE** será atualizado, sempre que existam alterações na organização e no Sistema de Gestão da Qualidade e, anualmente, será feita a análise da sua adequabilidade pela Gestora da Qualidade.

Todos os serviços relacionados com a área de transporte de doentes, têm a responsabilidade de assegurar o seu total cumprimento.

1.2. Gestão do Manual da Qualidade

Conteúdo e Estrutura

O Manual da Qualidade está estruturado para a atividade do **Serviço de Transporte de Doentes não Urgentes** e para os respetivos processos. É de fácil consulta e encontra-se organizado de acordo com a norma de referência, é um documento que se adapta a todas as alterações a que a organização tem de responder.

2. Apresentação da Organização

2.1. Dados de Identificação

Designação: Serviço de Transporte de Doentes não Urgentes, da ASFE SAÚDE.

Localização / Endereço: Edifício São Domingos Residência, Rua da Bela Vista nº 30, Encarnação, 2640-224 Mafra

Telefone: 261 850 060 (Geral); 261 855 111 (Transporte de Doentes)

E-mail: centralistas@asfe.pt; centralistas2@asfe.pt; geral@asfe.pt

Página Web: www.asfe.pt

Redes Sociais:

www.facebook.com/asfesaudeoficial

www.instagram.com/asfesaude

www.linkedin.com/company/asfesaudeoficial

ASFE SAÚDE

A Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação, ASFE SAÚDE, com sede no edifício São Domingos Residência, na Rua da Bela Vista nº 30, lugar e freguesia da Encarnação, Concelho de Mafra, foi constituída em 07 de Maio de 1987, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) reconhecida como Pessoa Coletiva de Utilidade Pública.

O Registo dos seus Estatutos foi lavrado pela inscrição n.º 10/90 a folhas 38 verso do Livro 1 das Instituições com Fins de Saúde, efetuado em 14/03/88, de acordo com o Decreto-lei 119/83 de 25 Fevereiro, conforme publicação no Diário República n.º 268 de 20/11/90 – III série, registada nos serviços do Governo Civil do Distrito de Lisboa, existente naquela data, nos termos do n.º 1, do art. 15º do Decreto-lei n.º 594/74 de 7 de Novembro.

Dedicando-se até 2007, quase exclusivamente, à atividade de Transporte de Doentes na sua área sede, concelho de Mafra e concelhos limítrofes.

Em Novembro desse ano, concretizou-se o projeto de expansão das valências da Instituição, inaugurando o espaço da São Domingos Residência, onde se iniciou a Unidade de Cuidados Continuados, com protocolos celebrados com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e a Residência Sénior, tendo por objetivo proporcionar novas ofertas à população na área da saúde e social.

Com a experiência acumulada, outras valências foram sendo concretizadas:

- ✓ A Unidade de Cuidados Continuados aumentou a sua dimensão e passou de 2 para 4 tipologias de resposta, tendo na presente data 219 camas contratualizadas com a RNCCI.

- ✓ Desenvolveu a prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação em regime privado integrando a Unidade de Internamento;
- ✓ A Clínica ASFE SAÚDE tem especialidades médicas, análises clínicas, consultas diárias de clínica geral sem marcação, exames médicos, ecografias, etc.;
- ✓ O Centro de Ação Social (CAS) que tem por objetivo apoiar as famílias e os indivíduos mais desfavorecidos económica e socialmente assim como a população mais idosa.
- ✓ O Serviço de Apoio Domiciliário, surge para dar uma resposta integrada aos cuidados domiciliários, serviço de refeições e higiene pessoal;
- ✓ O serviço de ASFECARE, insere-se na prestação de cuidados de saúde, médicos e de enfermagem, no domicílio dos utentes. Este serviço começou a ser procurado por clientes que preferem manter os cuidados na sua habitação.
- ✓ O ESTUDASFE, é um centro de apoio ao estudo, de explicações e lúdico, a crianças e jovens de todos os ciclos de ensino, que tem como objetivo a formação contínua para o sucesso escolar e pessoal de todos os seus alunos.

No âmbito da sua atividade e como forma de reconhecimento foi atribuída, em 9 de Maio de 2013, a Medalha do Município – Grau Ouro – por mérito e serviços prestados na área da saúde.

Em 2015, foi atribuído à ASFE SAÚDE, Unidade de Cuidados Continuados, a Acreditação da qualidade de nível BOM, com o reconhecimento da qualidade dos serviços e cuidados de saúde prestados ao cidadão.

A ASFE SAÚDE foi a 1.ª Unidade de Cuidados Continuados, em Portugal, acreditada com a certificação do Modelo ACSA.

É com esta vasta experiência, que surgem tanto a nível de novos equipamentos, como de formação contínua de todos os profissionais, que nos propomos dar resposta às

solicitações, servir sempre com melhor qualidade e total empenho, nos serviços que prestamos e no relacionamento com as entidades que colaboramos.

Transporte de Doentes

No ano 1987, a ASFE SAÚDE iniciou a sua atividade na valência de transporte de doentes. Atuando na sua área sede: concelho de Mafra e concelhos limítrofes, bem como dentro da cidade de Lisboa, extensiva para qualquer ponto do país, com contratos celebrados com várias Instituições de Saúde.

Atualmente possui uma frota com mais de 50 viaturas, devidamente equipadas de acordo com a legislação em vigor, para o transporte de doentes não urgentes, para os serviços de saúde tradicionais, ou para situações especiais definidas caso a caso.

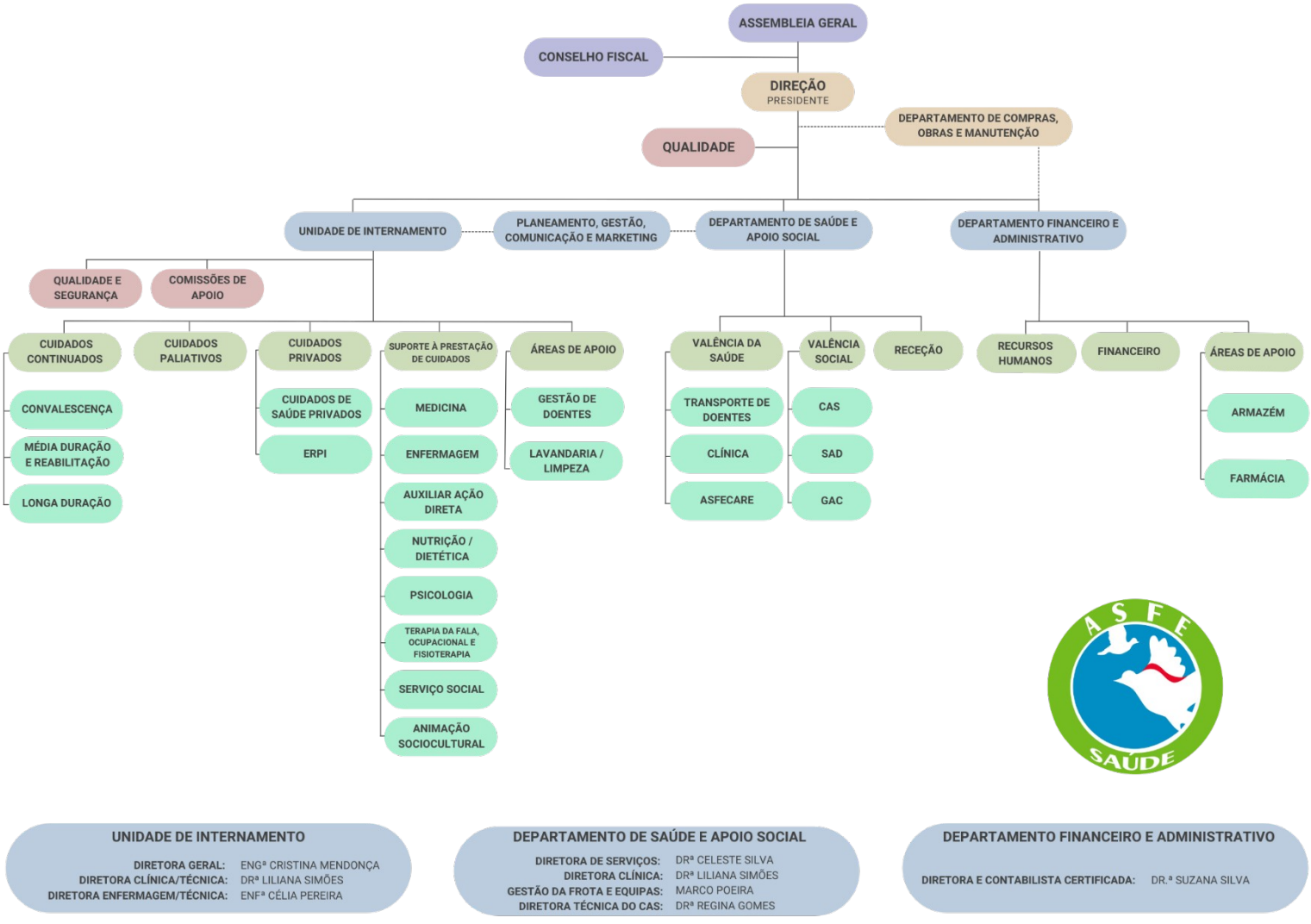
No âmbito do artigo 2.º da Lei nº 14/2003, de 31 de Janeiro, procedeu-se à primeira alteração da Lei n.º 12/97, de 21 de Maio, passando a redação do artigo 1.º, a contemplar também as IPSS como entidades isentas de requerer alvará para o exercício de atividade de transporte de doentes. Neste sentido, a ASFE SAÚDE que foi detentora do alvará n.º 076 válido até 19-10-2017, passou a entidade isenta de requerer alvará, para o exercício de atividade de transporte de doentes.

Os nossos profissionais têm formação adequado para o exercício das suas funções, nomeadamente detentores dos cursos de Tripulante de Ambulância de Transporte (TAT) ou Tripulante de Ambulância de Socorros (TAS), Desfibrilhação Automática Externa (DAE) e outros cursos existentes para esta atividade.

Tudo isto porque a nossa ambição é prestar o melhor serviço possível aos utentes utilizando sempre os recursos humanos e materiais mais adequados e sempre atuais.

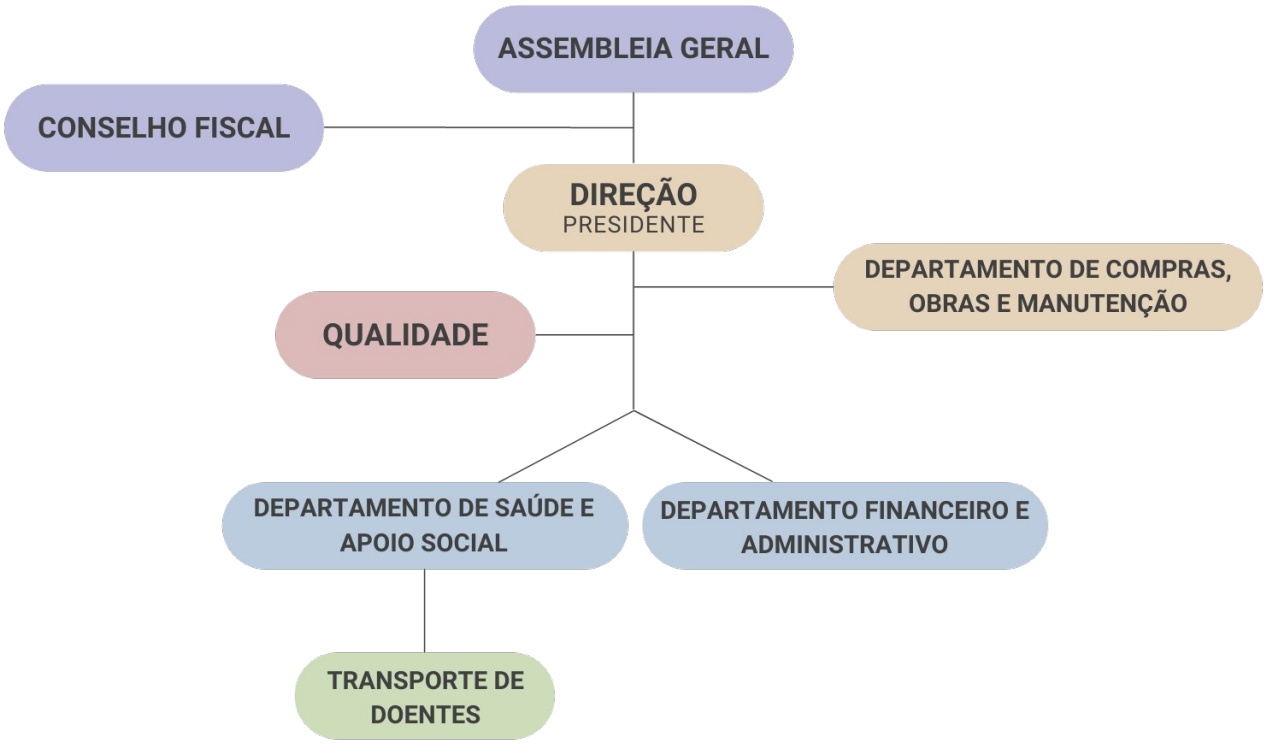
2.2. Estrutura Organizacional

Organograma ASFE



Organograma

Serviço de Transporte de Doentes Não Urgentes



3. Sistema de Gestão da Qualidade

3.1. Contexto da Organização

A atividade do **Serviço de Transporte de Doentes não Urgentes** está inserida num contexto de apoio social e é caracterizada por legislação e regulamentação específica. Os seus clientes são a população em geral (serviços a particulares) e instituições hospitalares e outras unidades prestadoras de serviços de saúde (serviços a clientes institucionais). Neste último caso predomina a angariação de contratos pela via de concursos públicos, em conformidade com a legislação em vigor.

3.1.1 Questões Externas e Internas

O **Serviço de Transporte de Doentes não Urgentes** identifica questões externas e internas caracterizadoras do seu contexto e relevantes para a sua orientação estratégica, as quais são registadas no mapa Análise de Questões de Contexto e de Requisitos de Partes Interessadas Relevantes.

A monitorização e a revisão da informação acerca das questões internas e externas são feitas nas reuniões de acompanhamento dos objetivos da qualidade e de revisão pela gestão.

Recentemente, iniciou-se a construção do novo edifício II - ASFE SAÚDE, que irá contemplar uma garagem com oficina para acomodar o serviço e transportes não urgentes, com vista à expansão e melhoria contínua desta valência.

A ASFE prima pela minimização dos impactos da sua atividade nas alterações climáticas, e para tal, tem adotado medidas nesse sentido: Aquisição de painéis fotovoltaicos; Instalação de postos de carregamento para elétricos; Aquisição de viaturas elétricas e divulgação de sensibilizações na temática.

A ASFE SAÚDE determinou que as alterações climáticas são uma questão relevante para o SGQ do Serviço de Transporte de Doentes Não Urgentes (4.1): os eventos meteorológicos extremos

e as ondas de calor afetam a operação da frota (sobreaquecimento, avarias, tempos de percurso), o conforto e a segurança dos utentes transportados (população idosa e vulnerável) e os custos energéticos e de combustível. Em resposta, a organização instalou painéis fotovoltaicos e postos de carregamento (wallboxes), adquiriu viaturas elétricas, candidatou-se ao PRR (eficiência energética), promove a condução económica e ambiental e compensa as emissões do website através da floresta ASFE na Tree-Nation. A parte interessada APA e os utentes têm requisitos associados (pegada ambiental reduzida; conforto térmico), abordados pelo SGQ através da ameaça T10 e da oportunidade O5 da SWOT 2026, do risco R13 e das medidas acima. Monitorização: consumos energéticos, guias e-GAR, árvores plantadas e reclamações relacionadas com conforto térmico.

3.1.2 Partes Interessadas

O **Serviço de Transporte de Doentes não Urgentes** encara a Qualidade como um fator chave de sucesso muito importante, procurando articular a sua gestão com a coordenação da organização. Desta forma a responsabilidade e autoridade na organização do SGQ é assumida pela Direção como a gestão do dia-a-dia da Instituição.

O SGQ sustenta-se nos Princípios da Gestão da Qualidade descritos na ISO 9000. É particularmente relevante o princípio "foco no cliente" que determina uma orientação permanente para a satisfação dos requisitos dos clientes, sendo, contudo, igualmente importante os requisitos de outras partes interessadas, por exemplo ao nível de exigências estatutárias e regulamentares aplicáveis.

Assim, o **Serviço de Transporte de Doentes não Urgentes** identifica as partes interessadas que considera relevantes para o seu SGQ, as quais são registadas no mapa Análise de Questões de Contexto e de Requisitos de Partes Interessadas Relevantes.

Tal como para o caso das questões de contexto, a monitorização e a revisão da informação acerca das partes interessadas relevantes são feitas nas reuniões de acompanhamento dos objetivos da qualidade e de revisão pela gestão.

As partes interessadas são atualizadas anualmente, no Mapa SGQ.

Para cada parte interessada, o Mapa SGQ (separador «Contexto 26 Rev2») identifica quais os requisitos que são abordados pelo SGQ (4.2) e regista as alterações ocorridas nas suas necessidades e expetativas, as quais são analisadas na revisão pela gestão (9.3.2).

3.1.3 Referências, Âmbito e Requisitos Não Aplicáveis

O SGQ do **Serviço de Transporte de Doentes não Urgentes** cumpre com os requisitos normativos decorrentes das Normas de Gestão da Qualidade e os requisitos estatutários e regulamentares:

Normas de Gestão da Qualidade:

- **NP EN ISO 9001:2026** - Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos
- **ISO 9000:2026** - Sistemas de Gestão da Qualidade - Fundamentos e Vocabulário
- **ISO 19011:2026** - Linhas de Orientação para Auditorias a Sistemas de Gestão

Regulamentos e Legislação

O SGQ inclui uma Lista Geral de Informação Documentada, na qual consta a lista atualizada de legislação aplicável à atividade.

Âmbito

O âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade é relativo à seguinte atividade:

Prestação de serviços de transporte de doentes não urgentes.

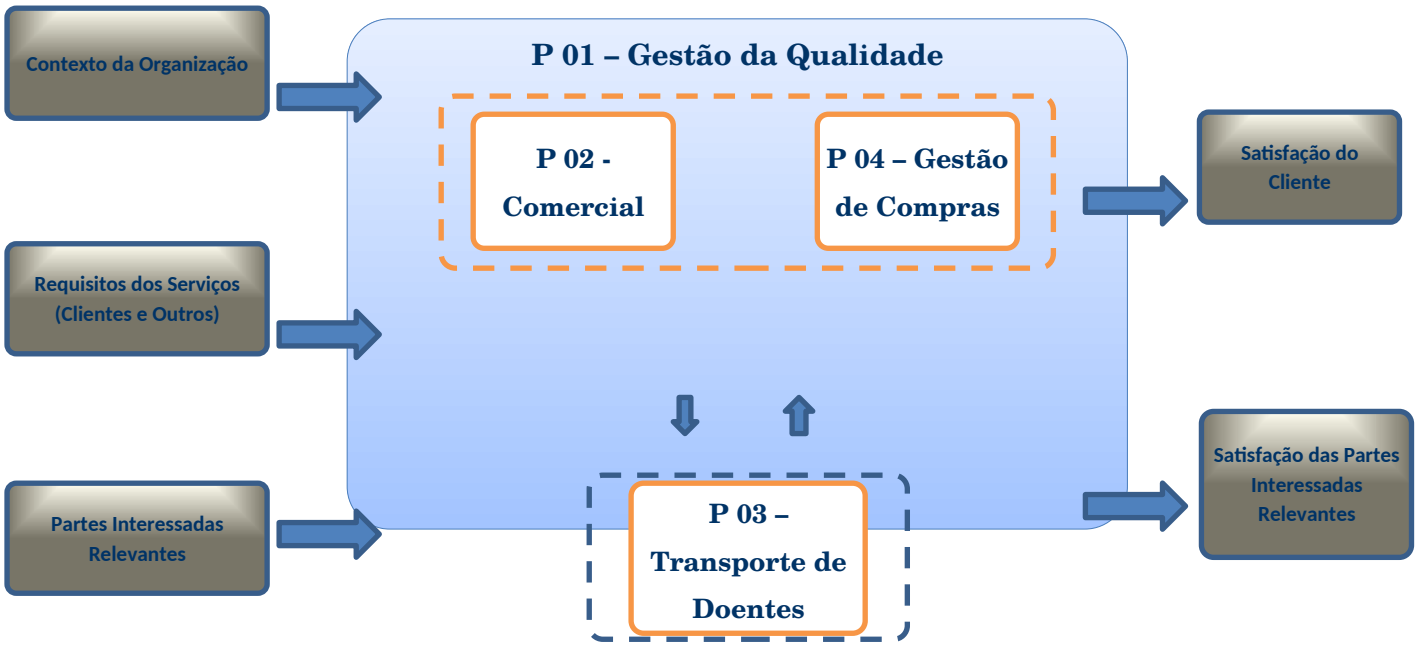
O SGQ está concebido e implementado de acordo com a norma NP EN ISO 9001:2026 – Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos, considerando-se como não aplicável os requisitos da cláusula:

8.3 – Design e Desenvolvimento de Produtos e Serviços

A não aplicação desta cláusula justifica-se pelo facto do **Serviço de Transporte de Doentes não Urgentes** não desenvolver quaisquer atividades de conceção e desenvolvimento dos produtos e dos serviços, dado que a sua atividade consiste apenas na prestação de serviços de transporte de doentes não urgentes em conformidade com a legislação e regulamentação em vigor para esta atividade.

3.1.4 Processos do SGQ

Matriz de Sequência e Interação de Processos



P 01 – GESTÃO DA QUALIDADE

1 - Missão

Assegurar a gestão do SGQ visando a sua conformidade com a norma NP EN ISO 9001:2026, a sua melhoria contínua e a manutenção da sua certificação, realizando todas as atividades relacionadas com planeamento do SGQ, política e objetivos da qualidade e seu acompanhamento, monitorização e medição dos processos, controlo da informação documentada, ações corretivas para riscos e oportunidades, recursos humanos e competências, auditorias internas e revisão pela gestão.

2 - Monitorização e Medição

- Grau de Eficácia do SGQ

3 - Documento do Processo

- FP 01 – Ficha do Processo de Gestão da Qualidade

P 02 – COMERCIAL

1 - Missão

Assegurar o desenvolvimento da atividade comercial da organização (Serviço de Transporte de Doentes do Departamento de Saúde e Apoio Social da ASFE) relativa à prestação de serviços de transporte de doentes não urgentes; angariar clientes e serviços; gerir os contratos de prestação de serviços; registar e tratar reclamações de clientes; avaliar a satisfação dos clientes.

2 - Monitorização e Medição

- Taxa de sucesso dos concursos;

- Grau Médio de Satisfação dos Clientes;

- Relação entre o número de reclamações de clientes e o número de serviços realizados.

3 – Documento do Processo

- FP 02 – Ficha do Processo Comercial

P 03 – TRANSPORTE DE DOENTES

1 – Missão

Coordenar a prestação de serviços de transporte de doentes. Assegurar a manutenção da frota de viaturas.

2 - Monitorização e Medição

- Capacidade de resposta: Relação entre o número de pedidos recusados e o número de serviços realizados;

- Número de acidentes rodoviários por cada x km percorridos;

- Número de não conformidades (serviços realizados sem requisição);

- Percentagem de chamadas telefónicas não atendidas.

3 – Documento do Processo

- FP 03 – Ficha do Processo de Transporte de Clientes

P 04 – GESTÃO DE COMPRAS

1 - Missão

Planear, coordenar e executar as compras de produtos, materiais e serviços necessários para as atividades do processo P 03 – Transporte de Doentes, e assegurar a avaliação, a seleção e a monitorização do desempenho dos fornecedores.

2 - Monitorização e Medição

– Não conformidades nos produtos e serviços adquiridos relativamente ao total de requisições a fornecedores.

– Prazo Médio de Pagamentos

3 - Documento do Processo

- FP 04 – Ficha do Processo de Gestão de Compras

P 05 – RECURSOS HUMANOS

1 - Missão

Assegurar o recrutamento, o acolhimento e a integração dos colaboradores, a determinação e o desenvolvimento das competências, a avaliação de desempenho e o planeamento e a realização da formação, em conformidade com o Manual de Funções.

2 - Monitorização e Medição

– Taxa de execução do Plano Anual de Formação e avaliação da eficácia das ações para a competência.

3 - Documento do Processo

- IT 03 – Gestão de Recursos Humanos

P 06 – FINANCEIRO

1 - Missão

Assegurar a faturação aos clientes, os pagamentos a fornecedores e colaboradores, o cumprimento das obrigações fiscais e declarativas (SAF-T, DMR, Modelo 10, IES) e a prestação de contas, garantindo a sustentabilidade financeira da atividade.

2 - Monitorização e Medição

– Prazo Médio de Pagamentos (indicador I10, inferior a 60 dias – Compromisso Pagamento Pontual);

– Taxa de envio do SAF-T e da DMR dentro do prazo.

3 - Documento do Processo

- PQ 14 – Envio da DMR, SAF-T e Modelo 10

- PQ 15 – Envio da IES e Certidão de não dívida

P 07 – ESTRATÉGICO

1 - Missão

Analisar o contexto da organização e as necessidades e expetativas das partes interessadas, definir o Plano Estratégico, identificar e tratar separadamente os riscos (6.1.2) e as oportunidades (6.1.3), planear as alterações ao SGQ (6.3) e realizar a revisão pela gestão.

2 - Monitorização e Medição

– Autonomia financeira;

– Taxa de execução das ações do Plano Estratégico e do Plano de Ações.

3 - Documento do Processo

- IT 07 – Gestão de Riscos e Oportunidades

- Plano Estratégico

3.2. Liderança

3.2.1 Liderança e Compromisso

A Direção do **Serviço de Transporte de Doentes não Urgentes** assume a responsabilidade direta e executiva de gerir o SGQ da empresa, de acordo com o estabelecido no MQ e na restante informação documentada, nomeadamente:

- Assegurando que a política e os objetivos da qualidade são estabelecidos para o SGQ, e são compatíveis com o contexto e com a orientação estratégica da organização;
- Assegurando a integração dos requisitos do SGQ nos processos de negócio da organização;
- Promovendo a utilização da abordagem por processos e do pensamento baseado em risco;
- Assegurando a disponibilização dos recursos necessários para o SGQ;
- Comunicando a importância de uma gestão da qualidade eficaz e da sua conformidade com os requisitos do SGQ;
- Assegurando que o SGQ atinge os resultados pretendidos;
- Comprometendo, apoiando e orientando os colaboradores para contribuírem para a eficácia do SGQ;
- Promovendo a melhoria;
- Apoiando outras funções de gestão relevantes a demonstrar a sua liderança, na medida aplicável às respetivas áreas de responsabilidade;

- Promovendo uma cultura da qualidade e o comportamento ético em toda a organização (Código de Ética e Conduta PQ 17, Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas – PPRCIC e canal de denúncia).

3.2.2 Política

O **Serviço de Transporte de Doentes Não Urgentes,** da ASFE SAÚDE, considera a ***Qualidade*** como um importante fator de sucesso para a obtenção de resultados e como estratégia para alcançar a satisfação dos seus clientes e utentes. Assim, a Direção define a sua ***Política da Qualidade*** segundo os seguintes princípios:

- Manter e melhorar continuamente um Sistema de Gestão da Qualidade em conformidade com a norma NP EN ISO 9001:2026;
- Garantir que a Qualidade dos serviços é orientada, no essencial, para satisfazer as expetativas dos clientes, cumprindo os seus requisitos, A nossa maior preocupação é oferecer serviços com elevada qualidade e eficácia;
- Promover o trabalho de equipa, competência e responsabilidade em todos os níveis da organização. Em todos os serviços de transporte de doentes não urgentes, os diversos trabalhos são executados por pessoal devidamente qualificado;
- Otimizar os processos da organização e todos os seus elementos, pessoas e suas competências e meios operacionais;
- Estabelecer anualmente objetivos da qualidade que promovam o envolvimento de todos os colaboradores e que sejam periodicamente acompanhados e revistos;
- Promover uma cultura da qualidade e o comportamento ético em toda a organização, assente no Código de Ética e Conduta, na prevenção da corrupção e no canal de denúncia, para que cada colaborador assuma a Qualidade como responsabilidade própria;

- Reter, aplicar e partilhar o conhecimento organizacional, assegurando a continuidade das funções críticas e o desenvolvimento das competências das pessoas, incluindo a literacia digital e em inteligência artificial;
- Reconhecer as alterações climáticas como uma questão relevante para a atividade, reduzindo o impacto ambiental da frota e assegurando o conforto e a segurança dos utentes transportados.

Estes princípios são estruturados e desenvolvidos de acordo com a norma NP EN ISO 9001:2026, a Política da Qualidade é sustentada num sistema formal de comunicação, planeamento de ações e controlo de implementação integrado na gestão corrente do **Serviço de Transporte de Doentes Não Urgentes,** da ASFE, SAÚDE.

A Política da Qualidade definida é revista anualmente durante a revisão do SGQ.

A Direção do Serviço de Transporte de Doentes não Urgentes compromete-se a comunicar e a fazer compreender esta Política da Qualidade junto de todos os colaboradores da organização.

3.3. Planeamento

Objetivos da Qualidade

Os objetivos da qualidade são quantificados e estão indexados aos indicadores de monitorização e medição dos processos do SGQ e são comunicados a todos os colaboradores através da Declaração Anual de Política e Objetivos da Qualidade.

Nas reuniões do Grupo da Qualidade (Direção, Gestora da Qualidade e Coordenador Geral) é feita a análise e acompanhamento dos objetivos, podendo ser determinadas ações no caso de existirem desvios que ponham em causa atingir os objetivos. A análise e o acompanhamento dos objetivos são registados na ata da reunião do Grupo da Qualidade.

Anualmente, os Objetivos, juntamente com a Política, são publicados no site.

Riscos e Oportunidades

Os riscos (6.1.2) e as oportunidades (6.1.3) são identificados a partir da análise SWOT do Mapa SGQ («SWOT 2026») e de outras fontes (reuniões de pessoal, auditorias, reclamações) e são tratados em matrizes separadas: «Riscos 2026», avaliados pelo método GUT (Gravidade, Urgência, Tendência), e «Oportunidades 2026», avaliadas pelo método BVP (Benefício, Viabilidade, Prazo). Para cada risco e para cada oportunidade são definidas ações, responsáveis e prazos, sendo a eficácia das ações avaliada separadamente para os riscos e para as oportunidades, conforme a IT 07 – Gestão de Riscos e Oportunidades.

Planeamento de Alterações

As alterações ao SGQ (6.3) são planeadas de forma sistemática através do Asfe_SGQ_60 – Plano de Mudança, que define o objetivo e as consequências potenciais da alteração, a informação a produzir e a comunicar às partes interessadas, os recursos necessários, a atribuição de responsabilidades e a monitorização e revisão da alteração após a sua implementação.

3.4. Suporte

Pessoas

O serviço de Transporte de Doentes não Urgentes determina e providência, as pessoas necessárias para a implementação eficaz do seu SGQ e para a operacionalização e o controlo dos seus processos, mediante a criação e a emissão de um Manual de Funções, que inclui a estrutura organizacional da empresa, uma lista com identificação de todas as funções existentes na organização e com fichas de cada função com descrição da função e os respetivos requisitos de competência.

Infraestrutura e Ambiente para a Operacionalização dos Processos

Ao nível da infraestrutura e do ambiente para a operacionalização dos processos, o SGQ segue os requisitos legais e regulamentares para as viaturas de transporte de doentes e para o exercício da atividade.

Recursos de Monitorização e Medição

A organização possui um conjunto de instrumentos de monitorização e de medição, os quais são geridos de acordo com o estabelecido nas instruções de trabalho identificadas no capítulo 4. Correspondência dos Requisitos da Norma com a Informação Documentada e com os Processos do SGQ.

Conhecimento Organizacional

O conhecimento organizacional necessário à operacionalização dos processos e à conformidade dos serviços resulta da experiência acumulada desde 1987 na atividade de transporte de doentes e é retido, aplicado e partilhado (7.1.6) através da documentação das rotinas operacionais (fichas de processo, procedimentos e instruções de trabalho), da definição de back-up e de planos de sucessão para as funções críticas (centralistas e coordenadores), do acolhimento e integração dos novos colaboradores (PQ 07 – Guia de Acolhimento) e da partilha de conhecimento nas reuniões de pessoal e do Grupo da Qualidade. A perda de conhecimento em funções críticas é tratada como risco (R19) na matriz «Riscos 2026».

Competências e Consciencialização

As competências necessárias para as diversas funções existentes na organização estão definidas nas fichas de função incluídas no Manual de Funções.

A consciencialização dos colaboradores é garantida pelas reuniões com a direção, pelas ações de formação e sensibilização realizadas regularmente, pela emissão e disponibilização a todos os colaboradores do documento Declaração Anual de Política e Objetivos da Qualidade.

A consciencialização abrange ainda a cultura da qualidade e o comportamento ético (Código de Ética e Conduta, PPRCIC), o contributo de cada colaborador para a eficácia do SGQ e as implicações do não cumprimento dos requisitos, bem como a literacia em inteligência artificial (Regulamento (UE) 2024/1689 – AI Act, artigo 4.º), integradas no Plano Anual de Formação.

Comunicação

As necessidades de comunicação interna e externa estão definidas no procedimento PQ 04 – Gestão do SGQ.

Informação Documentada

A documentação do Sistema de Gestão da Qualidade está definida e organizada de acordo com o estabelecido no procedimento PQ 01 – Controlo da Informação Documentada, e inclui os seguintes tipos de documentos: Declaração Anual de Política e Objetivos da Qualidade, Manual da Qualidade, Manual de Funções, Fichas de Processos, Procedimentos, Instruções de Trabalho, Impressos para Registos, Documentos Externos e Registos requeridos pela norma de referência e outros entendidos como necessários para evidenciar atividades realizadas e respetivos resultados.

3.5. Operacionalização

Planeamento e Controlo Operacional

O **Serviço de Transporte de Doentes não Urgentes** planeia, implementa e controla os processos necessários para satisfazer os requisitos, relativos ao fornecimento de produtos e serviços e às ações determinadas para tratar riscos e oportunidades e para alcançar objetivos,

mediante o estabelecido nos processos P03 – Transporte de Doentes e P01 – Gestão da Qualidade.

Requisitos para os Serviços

Os requisitos para os serviços de **Transporte de Doentes não Urgentes** são determinados pelo estabelecido no processo P 02 – Gestão Comercial.

A revisão dos requisitos é evidenciada nas propostas, nos contratos e nos processos de concurso arquivados (8.2.3.2). Em caso de contingência (atraso, avaria da viatura ou indisponibilidade de meios), o cliente e o utente são informados previamente das ações de contingência adotadas, nomeadamente a reprogramação do serviço ou a afetação de viatura ou parceiro alternativo (8.2.1).

Design e Desenvolvimento de Serviços

Os requisitos da cláusula 8.3 – Design e Desenvolvimento de Produtos e Serviços não são aplicáveis ao SGQ do **serviço de Transporte de Doentes não Urgentes,** de acordo com a justificação apresentada em 3.1.3 Referências, Âmbito e Requisitos Não Aplicáveis.

Controlo dos Processos e Serviços de Fornecedores Externos

As atividades de controlo dos processos e serviços dos fornecedores externos (compras de produtos e serviços) são realizadas conforme estabelecido nos processos P 03 – Transporte de Doentes e P 04 – Gestão de Compras.

Produção e Prestação do Serviço, Libertação de Produtos e Serviços e Controlo de Saídas Não Conformes

As atividades de produção e outras relacionadas com o fornecimento de produtos e serviços são realizadas conforme estabelecido no processo P 02 – Realização do Serviço.

A informação operacional necessária à prestação do serviço (checklists e diário de viatura, PQ 13 – Manual de Boas Práticas no Transporte de Doentes não Urgentes, escalas de serviço e planeamento diário de transportes) está disponível, atualizada e controlada no ponto de utilização, nas viaturas e na central (8.5.1).

3.6. Avaliação do Desempenho

Monitorização, Medição, Análise e Avaliação

As atividades de monitorização, medição, análise e avaliação, incluindo a avaliação da satisfação do cliente, são realizadas conforme estabelecido no processo P 01 – Gestão da Qualidade.

Auditoria Interna

O **serviço de Transporte de Doentes não Urgentes** estabelece um programa de auditorias internas ao seu SGQ e realiza essas auditorias em conformidade com o estabelecido no processo P 01 – Gestão da Qualidade e no procedimento PQ 02 – Auditorias Internas.

O programa anual de auditorias define os objetivos de cada auditoria (9.2.2), bem como o âmbito, os critérios, o método (presencial, remoto ou híbrido) e os recursos, considerando o contexto, os riscos e os resultados das auditorias anteriores, em conformidade com a ISO 19011:2026.

Revisão pela Gestão

A Gestão de Topo do serviço de Transporte de Doentes não Urgentes executa a realização da Revisão pela Gestão em conformidade com o estabelecido no processo P 01 – Gestão da Qualidade e no procedimento PQ 04 – Gestão do SGQ, convocando para uma reunião anual todos os responsáveis dos processos do SGQ.

As entradas para a revisão pela gestão incluem a eficácia das ações empreendidas para tratar os riscos e, separadamente, para aproveitar as oportunidades, bem como as alterações nas necessidades e expetativas das partes interessadas relevantes (9.3.2).

3.7. Melhoria

Não Conformidade e Ação Corretiva

As não conformidades e as ações corretivas são registadas e tratadas conforme estabelecido no procedimento PQ 03 – Ações Corretivas e Outras e na instrução de trabalho IT 04 – Gestão de Não Conformidades.

Melhoria Contínua

O **serviço de Transporte de Doentes não Urgentes** promove a melhoria contínua do seu SGQ, mediante ações de gestão corrente do mesmo, ações para tratar riscos e oportunidades, ações para alcançar objetivos e ações corretivas.

Todas estas ações são planeadas conforme estabelecido no processo P 01 – Gestão da Qualidade e no procedimento PQ 04 – Gestão do SGQ e são consideradas as questões internas e externas relevantes e os requisitos das partes interessadas relevantes.

A organização determina e seleciona as oportunidades de melhoria e implementa as ações necessárias para satisfazer os requisitos dos clientes, aumentar a sua satisfação e melhorar continuamente a adequação, a suficiência e a eficácia do SGQ (10.1), utilizando os resultados da análise e avaliação do desempenho e as saídas da revisão pela gestão.

4. Correspondência dos Requisitos da Norma com a Informação Documentada

NP EN ISO 9001:2026	Informação Documentada	
	Documentos do SGQ	**Registos / Evidências**
4. Contexto da Organização		
4.1 Compreender a Organização e o Seu Contexto	- Manual da Qualidade - Mapa SGQ - Mapa SGQ «Contexto 26 Rev2» (determinação da relevância das alterações climáticas)	- Reunião de acompanhamento de objetivos e de revisão pela gestão, com monitorização e revisão da informação relativa a questões internas e externas.
4.2 Compreender as Necessidades e as Expetativas das Partes Interessadas	- Manual da Qualidade - Mapa SGQ - Mapa SGQ «Contexto 26 Rev2» (requisitos das partes interessadas abordados pelo SGQ)	- Reunião de acompanhamento de objetivos e de revisão pela gestão, com monitorização e revisão da informação relativa a partes interessadas e seus requisitos.
4.3 Determinar o Âmbito do SGQ	- Manual da Qualidade - Mapa SGQ	- N.a.
4.4 SGQ e Respetivos Processos	- Manual da Qualidade - Mapa SGQ - FP 01 – Gestão da Qualidade; - FP 02 – Comercial; - FP 03 – Transporte de Doentes; - FP 04 – Gestão de Compras; - PQ 03 – Ações Corretivas e Outras;	- Registo de reunião; - Planeamento do SGQ; - Registo de acompanhamento dos objetivos da qualidade; - Registos de ações para alcançar objetivos, para tratar riscos e oportunidades, corretivas e de

	- PQ 04 – Gestão do SGQ	melhoria.
5. Liderança		
5.1 Liderança e Compromisso	- Manual da Qualidade; - Declaração Anual de Política e Objetivos da Qualidade	- Relatórios de Revisão pela Gestão
5.2 Política	- Manual da Qualidade; - Site - Declaração Anual de Política e Objetivos da Qualidade	- Registos de ações de formação / sensibilização
5.3 Funções, Responsabilidades e Autoridades Organizacionais	- Manual da Qualidade; - Manual de Funções	- Registos de ações de formação / sensibilização
6. Planeamento		
6.1 Ações para Tratar Riscos e Oportunidades	- Manual da Qualidade; - Mapa SGQ - PQ 03 – Ações Corretivas e Outras; - PQ 04 – Gestão do SGQ; - IT 07 – Gestão de Riscos e Oportunidades - Mapa SGQ «SWOT 2026 / Riscos 2026 / Oportunidades 2026»	- Registo de reunião; - Planeamento do SGQ; - Registo de acompanhamento dos objetivos da qualidade; - Registos de ações para alcançar objetivos, para tratar riscos e oportunidades, corretivas e de melhoria.
6.2 Objetivos da Qualidade e Planeamento para os Atingir	- Manual da Qualidade; - Mapa SGQ - Declaração Anual de Política e Objetivos da Qualidade - PQ 04 – Gestão do SGQ	- Registo de reunião; - Planeamento do SGQ; - Registo de acompanhamento dos objetivos da qualidade; - Registos de ações para alcançar objetivos, para tratar riscos e oportunidades, corretivas e de melhoria.
6.3 Planeamento das Alterações	- Manual da Qualidade; - PQ 04 – Gestão do SGQ	- Planeamento do SGQ

7. Suporte		
7.1 Recursos	- Manual da Qualidade; - Manual de Funções; - IT 03 – Gestão de Recursos Humanos; - IT 05 – Gestão de Viaturas - Mapa SGQ «Transição ISO 9001-2026» (conhecimento organizacional)	- Registos relacionados com os Recursos Humanos (levantamento de necessidade de ações / formação para manual de formação; registos de avaliação da eficácia de ações; registo individual de competência) - Registos de manutenção de equipamentos e registos de controlo de recursos de monitorização e de medição.
7.2 Competências	- Manual da Qualidade; - Manual de Funções; - IT 03 – Gestão de Recursos Humanos	- Registos relacionados com os Recursos Humanos (levantamento de necessidade de ações; planos de ações; registos de ações; registos de avaliação da eficácia de ações; registos de competências)
7.3 Consciencialização	- Manual da Qualidade; - Manual de Funções; - IT 03 – Gestão de Recursos Humanos	- Registos relacionados com os Recursos Humanos (levantamento de necessidade de ações; planos de ações; registos de ações; registos de avaliação da eficácia de ações; registos de competências)
7.4 Comunicação	- Manual da Qualidade; - Site - P04 – Gestão do SGQ	- Registos de comunicação interna e externa (e-mail) relativos a acompanhamento de objetivos, a auditorias internas e auditorias externas e relatório de revisão pela gestão.
7.5 Informação Documentada	- Manual da Qualidade - PQ 01 – Controlo da Informação Documentada	- Lista Geral da Informação Documentada; - Nota de Distribuição; - E-mail de comunicação de alterações aos documentos

8. Operacionalização		
8.1 Planeamento e Controlo Operacional	- Manual da Qualidade - FP 02 – Comercial; - FP 03 – Transporte de Doentes; - IT 04 – Gestão de Compras;	- Plano Estratégico - Documentos e registos de concursos; - Mapa de manutenção de viaturas; - Registos de compras de consumíveis.
8.2 Requisitos para Produtos e Serviços	- Manual da Qualidade - FP 02 – Comercial; - IT 01 – Gestão de Reclamações; - IT 02 – Avaliação da Satisfação do Cliente	- Comunicações com os clientes; - Registos de reclamações; - Relatórios de avaliação da satisfação do cliente
8.3 Design e Desenvolvimento de Produtos e Serviços	- Manual da Qualidade	Requisitos não aplicáveis
8.4 Controlo dos Processos, Produtos e Serviços de Fornecedores Externos	- Manual da Qualidade - FP 04 – Gestão de Compras; - IT 06 – Gestão de Compras;	-Lista de fornecedores; - Encomendas a fornecedores; - Orçamento / Proposta de fornecedores; - Avaliação de fornecedores
8.5 Produção e Prestação do Serviço	- Manual da Qualidade - FP 03 – Transporte de Doentes; - IT 05 – Gestão de Viaturas; - IT 04 – Gestão de NC	- Diário de Transportes; - Mapa de manutenção de viaturas; - Diário de viatura/ Checklist
8.6 Libertação de Produtos e Serviços	- Manual da Qualidade - FP 03 – Transporte de Doentes;	- Diário de Transportes; - Mapa de manutenção de viaturas;
8.7 Controlo de Saídas Não Conformes	- Manual da Qualidade - FP 03 – Transporte de Doentes; - IT 04 – Gestão de NC;	- Registos de não conformidades

9. Avaliação do Desempenho		
9.1 Monitorização, Medição, Análise e Melhoria	- Manual da Qualidade - Mapa SGQ - FP 01 – Gestão da Qualidade - PQ 04 – Gestão do SGQ	- Registos de acompanhamento de objetivos; - Plano de gestão de riscos e oportunidades; - Análise de questões de contexto e de requisitos de partes interessadas relevantes
9.2 Auditoria Interna	- Manual da Qualidade - FP 01 – Gestão da Qualidade - PQ 02 – Auditorias Internas - Programa de Auditorias com objetivos de cada auditoria (9.2.2)	- Programa de auditorias (planeamento da qualidade); - Planos de auditorias; - Relatórios de auditorias
9.3 Revisão pela Gestão	- Manual da Qualidade - FP 01 – Gestão da Qualidade - PQ 04 – Gestão do SGQ - Mapa SGQ «Contexto 26 Rev2» e «Riscos 2026 / Oportunidades 2026» (entradas da revisão pela gestão)	- Relatórios de revisão pela gestão
10. Melhoria		
10.1 Generalidades	- Manual da Qualidade - FP 01 – Gestão da Qualidade - PQ 04 – Gestão do SGQ	- Registos de acompanhamento de objetivos (autoavaliação do SGQ);
10.2 Não Conformidade e Ação Corretiva	- Manual da Qualidade - FP 01 – Gestão da Qualidade - PQ 03 – Ações Corretivas e Outras - IT 04 – Gestão de NC	- Registos de ações corretivas e outras; - Relatórios de Não Conformidade
10.3 Melhoria Contínua	- Manual da Qualidade - FP 01 – Gestão da Qualidade - PQ 04 – Gestão do SGQ	- Registos de acompanhamento de objetivos (autoavaliação do SGQ); - Relatórios de revisão pela gestão

5. Registo de Alterações

Edição	Data	Alteração
1	20/04/2018	Primeira edição do Manual da Qualidade
2	19/03/2021	Alterada a versão da norma NP EN ISO 19011:2019
3	30/03/2022	Adicionadas as redes sociais; 4. Revista a correspondência dos Requisitos da Norma com a Informação Documentada
4	27/04/2023	Alterados os organogramas e atualização geral da informação
5	06/11/2023	Alterado o organograma e atualização geral da informação
6	08/05/2024	Alterado o Contexto
7	17/10/2025	Atualização dos indicadores
8	14/10/2026	Transição para a NP EN ISO 9001:2026: referências normativas, alterações climáticas (4.1), requisitos das partes interessadas abordados (4.2), cultura da qualidade e ética (5.1/5.2/7.3), riscos e oportunidades separados (6.1.2/6.1.3), planeamento de alterações (6.3), conhecimento organizacional (7.1.6), contingência e evidência de requisitos (8.2), informação no ponto de utilização (8.5.1), objetivos por auditoria (9.2.2), revisão pela gestão (9.3.2), melhoria (10.1); processos P05–P07