



PARA: Diretor Clínico – CSH – Prof. Rui Tato Marinho

DE: Diretora do Serviço da Qualidade – Vanessa Pereira de Gouveia

C/C: Diretora Clínica CSP – Dra. Eunice Carrapiço, Enfermeira Diretora – Enf.^a Gestora Carla Martins;

ASSUNTO: Manual de Gestão Documental no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade – setembro de 2024

DATA: 13/12/2024

N. Ref^a. 036.SQ/2024

Exmo. Senhor Prof. Doutor Rui Tato Marinho

Na sequência do despacho de V. Exa. referente à informação interna do Serviço da Qualidade de 30/9/2024 com a referência 029.SQ/2024 procede-se ao envio desta informação.

No âmbito dos processos de certificação da qualidade em curso na ULSSM, pretende-se implementar transversalmente de forma a garantir o circuito e a uniformidade dos documentos produzidos que integram a gestão documental no âmbito do sistema de gestão da qualidade das Unidades Orgânicas da ULSSM, remete-se a V. Exa para apreciação e posterior aprovação e divulgação aos profissionais os seguintes documentos:

✚ Manual de Gestão Documental no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade do qual fazem parte integrante os seguintes anexos:

- ✚ Anexo I: SQ.MOD.001.00 – Modelo para Política
- ✚ Anexo II: SQ.MOD.002.00 – Modelo para Manual
- ✚ Anexo III: SQ.MOD.003.00 – Modelo para Procedimento Multissetorial
- ✚ Anexo IV: SQ.MOD.004.00 – Modelo para Procedimento Sectorial
- ✚ Anexo V: SQ.MOD.005.00 – Modelo para Instrução de Trabalho
- ✚ Anexo VI: SQ.MOD.006.00 – Modelo para Processo Assistencial

O CA aprova o Manual de Gestão Documental no âmbito de Gestão de Qualidade e respetivos anexos a utilizar para efeitos de Certificação pela DGS.

Face ao exposto, considera-se fundamental a aprovação do Manual e dos Modelos dos documentos com efeitos a 1 de janeiro de 2025 para que durante o ano de 2025 as Unidades Orgânicas que iniciarem/em curso processos de certificação da qualidade possam com facilidade dar resposta e cumprimento ao standard relacionado com este tema.

À Consideração Superior,

A Diretora do Serviço da Qualidade

Vanessa Pereira de Gouveia
Dra. Vanessa Pereira de Gouveia

Despacho

PRESENTE À SESSÃO DO C. A. DE 03/01/2025	
O Presidente	<i>Chm</i> Carlos Neves Martins
O Dir. Clínico ACSH	<i>Rui Tato Marinho</i> Rui Tato Marinho
A Dir. Clínica ACSP	<i>Eunice Carrapiço</i> Eunice Carrapiço
O Vogal	<i>Miguel Cabrita</i> Miguel Cabrita
O Vogal	<i>Fernando Matoso</i> Fernando Matoso
A Enf. ^a Diretora	<i>Chm</i> Carla Martins Ribeiro
ATA Nº 01/2025	

SERVIÇO DE
QUALIDADE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chln.pt

ULSSM - Administração

Entrada Nº 164725
19/12/2024
Ass: notalicia
Saída 09/01/2025
Ass: nr

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt

**SERVIÇO DE
QUALIDADE**

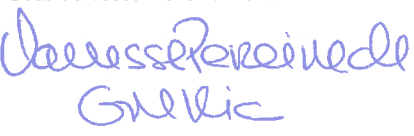
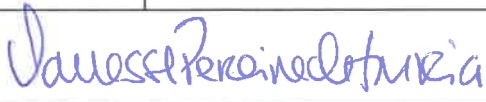
Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MAN.001.00
SERVIÇO DA QUALIDADE				
GESTÃO DOCUMENTAL NO ÂMBITO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
MANUAL				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 2 de 15	

ELABORADO/REVISTO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
UNIDADE ORGÂNICA /ÓRGÃO/CARGO/NOME/ASSINATURA Serviço da Qualidade (SQ) Diretora de Serviço Dra. Vanessa Pereira de Gouveia 	UNIDADE ORGÂNICA /ÓRGÃO/CARGO/NOME/ASSINATURA Serviço da Qualidade (SQ) Diretora de Serviço Dra. Vanessa Pereira de Gouveia 	UNIDADE ORGÂNICA /ÓRGÃO/NOME/CARGO Conselho de Administração: Presidente do CA: Dr. Carlos Neves Martins Vogal Executivo: Dr. Miguel Carpinheiro Vogal Executivo: Dr. Francisco Matoso Diretor Clínico da ACSH: Prof.º Doutor Rui Tato Marinho Diretora Clínica da ACSP: Dra. Eunice Carrapiço Enfermeira-Diretora: Enf.ª Gestora Carla Martins ATA/ASSINATURAS O CA aprova o Manual de Gestão Documental no âmbito de Gestão de Qualidade e respetivos anexos, a utilizar para efeitos de Certificação pela DGS.
DATA: 13/12/2024 		PRESENTE À SESSÃO DO C. A. DE 03/01/2025 O Presidente  Carlos Neves Martins O Dir. Clínico ACSH  Rui Tato Marinho A Dir. Clínica ACSP  Eunice Carrapiço O Vogal  Miguel Carpinheiro O Vogal  Francisco Matoso A Enf.ª Diretora  Carla Martins ATA Nº 01/2025

Manual de Gestão Documental no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade

Serviço da Qualidade
dezembro, 2024



ULS
SANTA
MARIA

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA			SQ.MAN.001.00
SERVIÇO DA QUALIDADE			
GESTÃO DOCUMENTAL NO ÂMBITO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
MANUAL			
Edição	Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 3 de 15

Índice

1. OBJETIVO (S)	4
2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO	4
3. RESPONSABILIDADES	4
4. SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS	4
5. DEFINIÇÕES E CONCEITOS	4
6. DESCRIÇÃO	6
6.1. Enquadramento	6
6.2. Recursos	6
6.2.1. Informáticos:.....	6
6.3. Descrição	7
6.3.1. Estrutura documental da ULSSM	7
6.3.2. Etapas de construção de documentos	7
6.3.3. Rota de Elaboração/Revisão e Aprovação por tipo de documento.....	8
6.3.4. Codificação.....	12
6.3.5. Formatação	12
6.3.6. Normas de Referenciação	13
6.3.7. Divulgação.....	14
6.3.8. Controlo e Arquivo dos documentos	14
6.4. Registos	14
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14
7.1. Fontes Consultadas	14
8. HISTÓRICO DE ATUALIZAÇÕES	14
9. ANEXOS.....	14

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS Serviço Nacional de Saúde  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MAN.001.00
SERVIÇO DA QUALIDADE				
GESTÃO DOCUMENTAL NO ÂMBITO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
MANUAL				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 4 de 15	

1. OBJETIVO (S)

- Garantir aos profissionais a informação institucional documentada no âmbito do sistema de gestão da qualidade de forma acessível, integral, atualizada e controlada.
- Estabelecer as regras formais para a elaboração, revisão, aprovação, divulgação e controlo de documentos que integram o sistema de gestão documental da(s) Unidades Orgânicas que integram a Unidade Local de Saúde Santa Maria (ULSSM), no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade.
- Assegurar a normalização, uniformização e harmonização dos documentos no âmbito do sistema de gestão da qualidade.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

- Este Manual aplica-se a todos os documentos produzidos no âmbito do sistema de gestão da qualidade nas Unidades Orgânicas ao nível dos Cuidados de Saúde Primários e ao nível dos Cuidados de Saúde Hospitalares que integram a Unidade Local de Saúde Santa Maria (ULSSM).

3. RESPONSABILIDADES

- Implementação do Manual: Direções e Coordenações das Unidades Orgânicas (Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, etc.) da ULSSM.
- Monitorização da aplicação do Manual: Direções, Coordenações das Unidades Orgânicas e Serviço da Qualidade.
- Revisão do Manual: Serviço da Qualidade, 3 em 3 anos, ou sempre que se justifique.

4. SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

CA – Conselho de Administração
GCRP – Gabinete de Comunicação e Relações-Públicas
SSI – Serviço de Sistemas de Informação
SQ - Serviço da Qualidade
ULSSM – Unidade Local de Saúde Santa Maria

5. DEFINIÇÕES E CONCEITOS

TIPOLOGIA DOCUMENTO	SIGLA	DESCRIÇÃO
Política	POL	Estabelecem um conjunto de linhas de orientação que servem de base à planificação de uma ou mais atividades. São de ordem transversal, multisectorial e institucional.
Manual	MAN	Instrumento que agrega princípios, políticas e procedimentos, orientadores para a realização de atividades de uma Unidade Orgânica ou podem ser de âmbito transversal a toda a organização.

JRF

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MAN.001.00
SERVIÇO DA QUALIDADE				
GESTÃO DOCUMENTAL NO ÂMBITO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
MANUAL				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 5 de 15	

Processo Assistencial	PAS	Processo de prestação de cuidados assistenciais, em função da carteira de serviços autorizada.
Protocolo de Orientação Clínica	POC	Descreve as boas práticas clínicas de determinado contexto/situação. São recomendações para orientar os profissionais de saúde, no seu desempenho profissional diário, com vista à eficácia e eficiência clínica prestada ao utente.
Regulamento	REG	Explicita a organização interna de uma Unidade Orgânica, definindo a respetiva estrutura hierárquica, funções e responsabilidades dos seus colaboradores, de acordo com as suas atribuições e competências.
Procedimento Multissetorial	PM	Com carácter transversal, aplicando-se a múltiplas Unidades Orgânicas e/ou profissionais. Decorrem da elaboração e documentação das atividades, disposições e orientações. Estes promovem a sistematização e otimização dos fluxos de trabalho, permitindo a normalização dos atos e intervenções, e diminuição de variabilidades, em estrito respeito pelos requisitos legais, normativos e regulamentares.
Procedimento Setorial	PS	Com carácter sectorial, aplicando-se a uma área específica. Decorrem da elaboração e documentação das atividades, disposições e orientações. Estes promovem a sistematização e otimização dos fluxos de trabalho, permitindo a normalização dos atos e intervenções, e diminuição de variabilidades, em estrito respeito pelos requisitos legais, normativos e regulamentares.
Instrução de Trabalho	IT	De âmbito e objeto menos alargado, dependente de um procedimento setorial permitem uma maior particularização na descrição das intervenções e atuações a que se referem, para uma operacionalização mais eficaz. Devendo preferencialmente ser utilizados fluxogramas, tabelas, fotografias, desenhos, etc.
Plano	PL	Explicita a resposta integrada da ULSSM sempre que alguma das suas funções ou atividades “core” seja afetada por situações excecionais (interna ou externamente), garantindo a continuidade do seu funcionamento face a quaisquer eventualidades, tais como planos de emergência, de catástrofe ou de contingência.
Plano de Ação	PA	Documento de planeamento anual onde se identificam os projetos e as atividades previstas para um ano.
Relatório de Atividades	RA	Descrição do trabalho realizado pela ULSSM, Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, etc. num determinado período de tempo.
Organograma	OR	Representação gráfica da estrutura de uma Organização: Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, etc.
Modelo	MOD	Documento com formato pré-definido, que serve de apoio ao registo de uma tarefa e/ou recolha de dados. Os impressos e formulários quer sejam em formato de papel ou eletrónico, devem integrar a categoria, modelos.

URK

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS Serviço Nacional de Saúde  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MAN.001.00
SERVIÇO DA QUALIDADE				
GESTÃO DOCUMENTAL NO ÂMBITO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
MANUAL				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 6 de 15	

Cartaz	CTZ	Suporte habitualmente em papel e comumente afixado num local público, com o intuito de divulgar informação referente a uma temática específica. Pode ser divulgado nas redes sociais e/ou <i>Mupis</i> .
Folheto	FO	Meio de divulgação de temáticas, ideias ou informações sobre diversos assuntos, para distribuição ao público.

6. DESCRIÇÃO

6.1. Enquadramento

- O sistema de gestão da qualidade de uma organização assenta e demanda metodologias de gestão e controlo da informação documentada associada aos processos de qualidade, por forma a contribuir para a sustentação dos critérios que as premissas de qualidade estabelecem, de acordo com os referenciais em uso.
- A gestão e controlo da informação documentada que integra o sistema de gestão da qualidade permitirá às Unidades Orgânicas e à ULSSM a organização interna e sistematização dos processos vitais à atividade, por via da elaboração de documentos normalizados consoante a sua tipologia.
- A metodologia de descrição documental de quem, o quê, quando, onde e como, garante que o conhecimento da organização está acessível aos profissionais, de forma transparente, contribuindo para a qualidade e segurança da atividade desenvolvida pelos profissionais aos utentes/família e/ou cuidador.
- A criação de um sistema de gestão e controlo da informação documentada no âmbito do sistema de gestão da qualidade de qualidade, permitirá padronizar procedimentos, fluxos de trabalho, assim como organizar, de forma sistemática, toda a documentação essencial, garantindo que está sempre acessível, para consulta, a todos os colaboradores.
- O sistema de gestão e controlo da informação documentada no âmbito do sistema de gestão da qualidade, assenta em princípios fundamentais: acessibilidade, integridade, atualidade, legibilidade e rastreabilidade.
- O sistema de gestão e controlo da informação documentada no âmbito do sistema de gestão da qualidade, integra documentos de várias tipologias, pelo que se torna imprescindível definir as regras de estruturação, elaboração, revisão, aprovação, divulgação e controlo dos mesmos.

6.2. Recursos

6.2.1. Informáticos:

- Matriz de gestão e controlo da informação documentada no âmbito do sistema de gestão da qualidade ao nível das Unidades Orgânicas (ex: ficheiro Excel)
- Intranet da ULSSM, pelo menos, disponibilização dos documentos no âmbito da gestão da qualidade com caráter transversal.

JPE

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MAN.001.00
SERVIÇO DA QUALIDADE				
GESTÃO DOCUMENTAL NO ÂMBITO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
MANUAL				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 7 de 15	

6.3. Descrição

6.3.1. Estrutura documental da ULSSM

Níveis	TIPOLOGIA DOCUMENTO	SIGLA
Nível 1 – Documentos Estratégicos	Política	POL
	Regulamento	REG
	Plano	PL
	Plano de Ação	PA
	Relatório de Atividades	RA
	Organograma	OR
	Manual	MAN
Nível 2 – Documentos Operacionais	Processo Assistencial	PA
	Protocolo de Orientação Clínica	PC
	Procedimento Multisectorial	PM
	Procedimento Setorial	PSE
	Instrução de Trabalho	IT
Nível 3 – Documentos Informativos e de Recolha de Dados	Modelo	MOD
	Cartaz	CZT
	Folheto	FO

6.3.2. Etapas de construção de documentos

A responsabilidade pela elaboração e a revisão dos documentos compete às Unidades Orgânicas, tais como: Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, etc.

- a) O processo inicia-se com a intenção dos Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, etc. enquanto órgãos emissores, em iniciar um processo de informação documental, que deve seguir as seguintes etapas:
 - i) **Necessidade:** a identificação da necessidade de criação de documentos no âmbito do sistema de gestão da qualidade é da responsabilidade dos órgãos emissores.
 - ii) **Criação:** esta etapa é da responsabilidade das Unidades Orgânicas, tais como: Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, etc.
 - iii) **Elaboração:** esta etapa de conceção documental é a fase na qual o conteúdo do documento é construído e desenvolvido, sendo necessário o contributo de todos os profissionais. Por defeito integram na elaboração os responsáveis de direção, chefia ou coordenação técnica dos Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões e afins. No entanto, é passível de serem agregados outros profissionais para integrarem a equipa tipo.
 - iv) **Validação:** da responsabilidade da gestão intermédia, em que se procede à validação do conteúdo do documento. Nas situações enquadráveis no Regime do Regulamento Geral de Proteção de

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS Serviço Nacional de Saúde  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MAN.001.00
SERVIÇO DA QUALIDADE				
GESTÃO DOCUMENTAL NO ÂMBITO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
MANUAL				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 8 de 15	

Dados (EPD), o parecer solicitado à Encarregada de Proteção de Dados da ULSSM, deverá ser anexado ao documento elaborado.

- v) **Controlo:** esta etapa é da responsabilidade da Unidade Orgânica, a qual verifica a conformidade da forma, a concordância com as orientações de formatação. E a conformidade entre o objeto, o âmbito e os objetivos da informação documentada.
- vi) **Aprovação:** é a etapa na qual o CA (ou quem esteja indicado no ponto 6.3.3) delibera sobre o documento.
- vii) **Divulgação:** é a etapa na qual a informação documentada passa a estar acessível a todo e qualquer colaborador da Unidade Orgânica e da ULSSM. É enviado um *Infoemail* através de correio eletrónico o cômputo dos documentos aprovados de cariz transversal à ULSSM, no âmbito do sistema de gestão da qualidade, no qual será indicado o local onde os mesmos serão disponibilizados para consulta. Enquanto a ULSSM não disponibilizar uma aplicação informática no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade os documentos serão disponibilizados na *intranet* da ULSSM.
- viii) **Revisão:** os documentos estão sujeitos a um processo de revisão sistemática, sendo da responsabilidade da(s) Unidades Orgânicas emissoras, existindo dois tipos de revisão:
 - Revisão Ordinária: efetuada a cada 3 anos, a partir da data de aprovação do documento.
 - Revisão extraordinária: sempre que se justificar.

O Serviço da Qualidade (SQ), encontra-se disponível para prestar consultadoria técnica, em qualquer das fases referidas anteriormente.

6.3.3. Rota de Elaboração/Revisão e Aprovação por tipo de documento

TIPOLOGIA DOCUMENTO	Elaboração/Revisão	Verificação	Aprovação	Divulgação
Política (POL)	CA Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.	CA	CA	CA/GCRP/SSI
Manual (MAN)	Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.	Direção/Coordenação Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins. (aprovação técnica).	CA	CA/GCRP/SSI

UFC

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MAN.001.00
SERVIÇO DA QUALIDADE				
GESTÃO DOCUMENTAL NO ÂMBITO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
MANUAL				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 9 de 15	

Processo Assistencial (PAS)	Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.	Direção/Coordenação Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins. (aprovação técnica).	Direção Clínica Direção de Enfermagem (aprovação técnica). CA (aprovação Institucional).	Direção Clínica Direção de Enfermagem Direção da Unidade Orgânica/GCRP/SSI
Protocolo de Orientação Clínica (POC)	Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.	Direção/Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.	Direção Clínica Direção de Enfermagem	Direção Clínica Direção de Enfermagem Direção da Unidade Orgânica/GCRP/SSI
Regulamento (REG)	CA Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.	Vogal do CA com a área	CA	CA/GCRP/SSI
Procedimento Multissetorial (PM)	CA Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.	Vogal do CA com a área	CA	CA/ GCRP/SSI
Procedimento Setorial (PSE)	Todos os colaboradores dos Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.	Direção/Coordenação Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.	Direção Clínica Direção de Enfermagem Vogal do CA com a área	Direção Clínica Direção de Enfermagem Direção da Unidade Orgânica/GCRP/SSI
Instrução de Trabalho (IT)	Todos os colaboradores dos Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.	Direção/ Departamentos, Serviços, Unidade Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.	Direção Clínica Direção de Enfermagem Vogal do CA com a área	Direção Clínica Direção de Enfermagem Direção da Unidade Orgânica/GCRP/SSI

URF

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS Serviço Nacional de Saúde  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MAN.001.00
SERVIÇO DA QUALIDADE				
GESTÃO DOCUMENTAL NO ÂMBITO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
MANUAL				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 10 de 15	

	Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.			
Plano (PL)	Comissão/Grupo de Trabalho/ <i>Task Force</i> .	Vogal do CA com a área	CA	CA/GCRP/SSI
Plano de Ação (PA)	Gabinete de Planeamento e Informação de Gestão Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.	Vogal do CA com a área	CA	GPIG/GCRP/SSI
Relatório de Atividades (RA)	Gabinete de Planeamento e Informação de Gestão Departamentos, Serviços, Unidade Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.	Vogal do CA com a área	CA	GPIG/GCRP/SSI
Organograma (ORG)	Gabinete de Planeamento e Informação de Gestão Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.	Vogal do CA com a área	CA	CA/GCRP/SSI
Modelo (MOD)	Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.	Direção/ Coordenação Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.	Direção Clínica Direção de Enfermagem Vogal do CA com a área	Direção Clínica Direção de Enfermagem Vogal do CA Direção da Unidade Orgânica
Cartaz (CTZ)	Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de	Direção/Coordenação/ Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros	Direção Clínica Direção de Enfermagem	Direção Clínica Direção de Enfermagem

JRK

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MAN.001.00
SERVIÇO DA QUALIDADE				
GESTÃO DOCUMENTAL NO ÂMBITO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
MANUAL				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 11 de 15	

	Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.	de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.	Vogal do CA com a área Se for de caráter transversal CA	Vogal do CA Direção da Unidade Orgânica
Folheto (FOL)	Departamentos, Serviços, Unidade Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.	Direção/Coordenação Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins.	Direção Clínica Direção de Enfermagem Vogal do CA com a área Se for de caráter transversal CA	Direção Clínica Direção de Enfermagem Vogal do CA Direção da Unidade Orgânica

Existem documentos que, pela sua natureza, não carecem de revisão sistemática, pois são elaborados em função da atividade anual dos Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, tais como Plano de Ação, Relatório de Atividades, Relatório de Auditorias, Plano de Formação, entre outros.

Para garantir a uniformização do *layout*, deve ser utilizado o modelo definido na ULSSM não sendo, nestes casos necessária codificação.

6.3.4. Modelos de Documentos

Estão pré-definidos os modelos para elaboração de documentos no âmbito do sistema de gestão documental que integra o sistema de gestão da qualidade, tais como: POL, PM, PSE, IT:

TIPOLOGIA DOCUMENTO	MODELO
Política (POL)	SQ.MOD.001.00 (modelo para Política)
Manual (MAN)	SQ.MOD.002.00 (modelo para Manual)
Procedimento Multissetorial (PM)	SQ.MOD.003.00 (modelo para Procedimento Multissetorial)
Procedimento Setorial (PSE)	SQ.MOD.004.00 (modelo para Procedimento Setorial)
Instrução de Trabalho (IT)	SQ.MOD.005.00 (modelo para Instrução de Trabalho)
Processo Assistencial	SQ.MOD.006.00 (modelo para Processo Assistencial)

URF

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS Serviço Nacional de Saúde  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MAN.001.00
SERVIÇO DA QUALIDADE				
GESTÃO DOCUMENTAL NO ÂMBITO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
MANUAL				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 12 de 15	

6.3.5. Codificação

Os documentos são codificados da seguinte forma:

- Sigla da Unidade Orgânica: Departamentos/Serviços/Unidades Funcional/ Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, afins conforme tabela aprovada pelo Conselho de Administração.
- Tipo de documento (conforme indicado no ponto 6.3.1).
- N.º de ordem (número sequencial por tipo de documento, com 3 dígitos: 001; 002; 003...).
- N.º de edição (número sequencial: 00, 01, 02, 03...; a versão original assume o número 00).

Dada a introdução desta metodologia de codificação, a numeração dos novos documentos elaborados deve iniciar-se pelo número de ordem 001 e revisão 00. No entanto, para salvaguardar o histórico dos documentos elaborados previamente à implementação desta metodologia que se apresenta neste Manual, devem ser mencionados esses documentos, sempre que possível, no histórico de atualizações, mas não deverão ser considerados para efeitos de numeração/codificação.

6.3.6. Formatação

Para facilitar a normalização, a elaboração dos documentos deve seguir as seguintes regras:

- Cabeçalho**

Inclui o (s) logotipos da República Portuguesa, do SNS e da ULSSM, Departamentos, Serviços, Unidades Funcional, Centro de Referência, Centro de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, responsável pela elaboração/revisão, título, tipo de documento, código do documento, número e data da edição, data da próxima edição e número de página.

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE			 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA	SQ.MAN.001.00
SERVIÇO DA QUALIDADE					
GESTÃO DOCUMENTAL NO ÂMBITO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE					
MANUAL					
Edição		Próxima Edição	Página		
N.º 000	09/2024	09/2027	Página 12 de 15		

- Identificação da Unidade Orgânica/Órgão/Cargo/ Nome/Assinatura pelas etapas de Elaboração/Revisão, Verificação e Aprovação**

Inclui quadro com a informação referente à Unidade Orgânica que é responsável pela elaboração, verificação e aprovação do documento. O Serviço da Qualidade, pode prestar consultadoria técnica, às Unidades Orgânicas, na elaboração e/ou verificação de documentos mediante solicitação das mesmas, devendo constar. Sempre que tenha sido pedido a intervenção da Encarregada da Proteção de Dados, deve ser incluído na coluna "Verificado por" o seguinte texto "Parecer n.º (indicar) da Encarregada de Proteção de Dados (nome) de (data)".

- Rodapé**



 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS CORPO NACIONAL DE SAÚDE  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA			SQ.MAN.001.00
SERVIÇO DA QUALIDADE			
GESTÃO DOCUMENTAL NO ÂMBITO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
MANUAL			
Edição	Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	
Página 13 de 15			

A paginação é feita de forma automática.

- **Documento**

ELEMENTOS	FORMATAÇÃO DO TEXTO
Títulos – 1.º nível	<i>Calibri</i> , tamanho 11, maiúsculas, negrito Avanço: 0 cm Especial: 0,5 cm  1 . 1 . 2 . Numerado: 1,2,3...
Subtítulos – 2.º nível	<i>Calibri</i> , tamanho 11, maiúsculas apenas na primeira palavra Avanço: 0,5 cm Especial: 0,25  1 . 1 . 2 . cm Numerado: 1.1, 1.2, 1.3...
Subtítulos – 3.º nível	<i>Calibri</i> , tamanho 11, negrito Avanço: 0,5 cm Especial: 1,25  1 . 1 . 2 . cm Numerado: 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3...
Letra do Texto do corpo do documento	<i>Calibri</i> , tamanho 11, texto justificado Início do paragrafo: avanço: 0,5 cm Continuação do parágrafo: alinhado à esquerda Espaçamento entre linhas: 1,15 cm
Paginação	A paginação é feita no rodapé da página, em local próprio para o efeito (introduzido em formatação automática nos modelos disponibilizados)

O documento deve ser **gravado** de acordo com as seguintes regras:

- Código do documento;
- Título do documento simplificado.

Exemplo:

Código: SQ.MAN.001.00

Título do documento: Gestão Documental no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade

Gravar documento como: SQ.MAN.001.00_Gestão Documental Sistema de Gestão da Qualidade

6.3.7. Normas de Referenciação

A bibliografia citada na elaboração de documentos deve ser a referenciada de acordo com o referencial Vancouver.

A bibliografia e/ou fontes consultadas, mas não citadas, devem ser listadas por ordem alfabética.

As fontes devem ser estruturadas da seguinte forma:

- **Fontes citadas:** são listadas por ordem de entrada utilizando numeração acima da linha de texto (exemplo: ULSSM⁽¹⁾).
- Quando citado mais do que um documento, a numeração deve ser separada entre vírgulas (ULSSM^(1,2)).
- **Fontes consultadas:** devem ser listadas por ordem alfabética.

URF

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS Serviço Nacional de Saúde  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MAN.001.00
SERVIÇO DA QUALIDADE				
GESTÃO DOCUMENTAL NO ÂMBITO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
MANUAL				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 14 de 15	

Alerta-se que as notas de rodapé devem ser numeradas, sem parêntesis, por forma a serem distinguidas das citações.

6.3.8. Divulgação

A divulgação dos documentos depende da sua natureza:

- Cabe ao CA/Unidade Orgânica garantir a divulgação dos documentos transversais à Instituição, em articulação com o GCRP e o SSI por todos os profissionais.
- Cabe à Direção Clínica, Direção de Enfermagem, Vogal do CA, e Direção dos Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões, etc.) a divulgação da documentação pelos seus colaboradores.

6.3.9. Controlo e Arquivo dos documentos

Cada Direção da Unidade Orgânica: Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões e afins, é responsável pelo controlo dos próprios documentos, bem como pelo seu arquivo na pasta de rede e na intranet.

Sugere-se a utilização de uma matriz de gestão e controlo de informação documentada no âmbito do sistema de gestão da qualidade de forma que a Unidade Orgânica possa efetuar o registo e o controlo dos documentos elaborados, a qual deve estar disponível para consulta pelos profissionais.

6.4. Registos

- Matriz de gestão e controlo da informação documentada no âmbito do sistema de gestão da qualidade ao nível das Unidades Orgânicas (ex: ficheiro Excel "Gestão documental controlo de documentos SGQ Serviço").

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7.1. Fontes Consultadas

- Direção Geral da Saúde. Manual de standards de Unidades de Gestão Clínica ME 5 1_08.
- Administração Central do Sistema de saúde (2019). Guia para aplicação do diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional dos Cuidados de Saúde Primários, DIOr CSP – versão 2019.
- Serviço Nacional de Saúde – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (janeiro/2024) Manual de Normas Gráficas.

8. HISTÓRICO DE ATUALIZAÇÕES

Nº DA EDIÇÃO	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO	DATA DE ENTRADA EM VIGOR	EMISSOR
000	Documento inicial	Dia/mês/ano	SQ

9. ANEXOS



 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MAN.001.00
SERVIÇO DA QUALIDADE				
GESTÃO DOCUMENTAL NO ÂMBITO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
MANUAL				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 15 de 15	

Anexo I: SQ.MOD.001.00 – Modelo para Política

Anexo II: SQ.MOD.002.00 – Modelo para Manual

Anexo III: SQ.MOD.003.00 – Modelo para Procedimento Multissetorial

Anexo IV: SQ.MOD.004.00 – Modelo para Procedimento Sectorial

Anexo V: SQ.MOD.005.00 – Modelo para Instrução de trabalho

Anexo VI: SQ.MOD.006.00 – Modelo para Processo Assistencial

UR/6

 REPÚBLICA PORTUGUESA  SNS  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MOD.001.00
Designação da (s) Unidade(s) Orgânica(s) (Departamento, Serviço, Unidade Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões)				
Título do documento				
POLÍTICA				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 1 de 3	

ELABORADO/REVISTO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
SERVIÇO/ÓRGÃO/NOME/ASSINATURA	SERVIÇO/ÓRGÃO/NOME/ASSINATURA	SERVIÇO/ÓRGÃO/NOME
Serviço da Qualidade (SQ) Diretora - Dra. Vanessa Pereira de Gouveia <i>Vanessa Pereira de Gouveia</i>	Serviço da Qualidade (SQ) Diretora - Dra. Vanessa Pereira de Gouveia <i>Vanessa Pereira de Gouveia</i>	Conselho de Administração: Presidente do CA: Dr. Carlos Neves Martins Vogal Executivo: Dr. Miguel Carpinteiro Vogal Executivo: Dr. Francisco Matoso Diretor Clínico da ACSH: Prof.ª Doutor Rui Tato Marinho Diretora Clínica da ACSP: Dra. Eunice Carrapiço Enfermeira-Diretora: Enf.ª Gestora Carla Martins
		ATA/ASSINATURAS
DATA: 13/12/2024 <i>Vanessa Pereira de Gouveia</i>		DATA: __/__/__

				SQ.MOD.001.00
Designação da (s) Unidade(s) Orgânica(s) (Departamento, Serviço, Unidade Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões)				
Título do documento				
POLÍTICA				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 2 de 3	

1. FINALIDADE

- Descrever os princípios ou orientações institucionais que se pretendem com o âmbito da política. Deve-se ter em consideração a ótica do utente, dos profissionais e da Instituição. Utilizam-se preferencialmente verbos no infinitivo como assegurar, estabelecer, garantir, normalizar entre outros.

2. RESPONSABILIDADES

Indicar os responsáveis pela:

- Implementação da Política.
- Monitorização da Política.
- Revisão da Política.

3. SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

Enumerar as siglas, acrónimos e abreviaturas utilizadas e os seus significados (se aplicável), caso contrário, referir “Não aplicável”.

4. DEFINIÇÕES E CONCEITOS

Incluir as principais definições. Conceitos e Termos utilizados, designadamente os que possam suscitar dúvidas (se aplicável); caso contrário, referir “Não aplicável”.

5. DESCRIÇÃO

5.1. Enquadramento: contextualizar a importância ou a necessidade da política e fazer uma breve introdução e/ou fundamentação do tema. Referência a princípios orientadores, normativos legais, regulamentares ou técnico-científicos, etc. relacionados com a temática em causa.

5.2. Recursos (se aplicável): descrever os recursos necessários; caso contrário referir “Não aplicável”.

5.3. Descrição: descrever de forma genérica as estratégias para atingir o objetivo da política.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Enumerar as principais fontes consultadas para elaboração do procedimento, tais como: legislação, documentação regulamentar e/ou técnico-científica, normas de orientação clínica, etc.

As referências devem estar organizadas de acordo com a seguinte estrutura:

Fontes citadas: são listadas por ordem de entrada utilizando numeração acima da linha de texto.

 REPÚBLICA PORTUGUESA  SNS  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MOD.001.00
Designação da (s) Unidade(s) Orgânica(s) (Departamento, Serviço, Unidade Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões)				
Título do documento				
POLÍTICA				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 3 de 3	

Fontes consultadas: devem ser listadas por ordem alfabética.

7. HISTÓRICO DE ATUALIZAÇÕES

Preencher a tabela infra de acordo com os itens apresentados.

Nº DA EDIÇÃO	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO	DATA DE ENTRADA EM VIGOR	EMISSION
00	Documento inicial	Dia/mês/ano	Unidade Orgânica

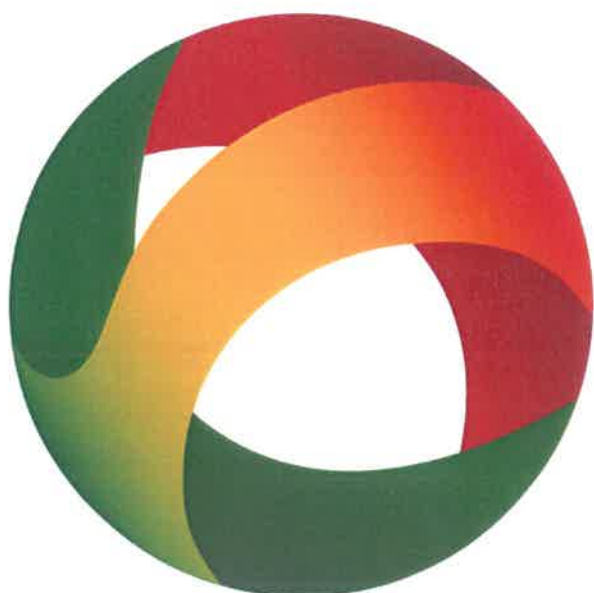
8. ANEXOS

Enumerar os anexos que decorrem do procedimento (se aplicável), caso contrário referir “Não aplicável”.

Título

Área/Serviço/Unidade Funcional/Comissão

Data/Ano



**ULS
SANTA
MARIA**

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS Serviço Nacional de Saúde  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MOD.002.00
Designação da (s) Unidade(s) Orgânica(s) (Departamento, Serviço, Unidade Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões)				
Título do Documento				
Manual				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	09/2024	09/2027	Página 2 de 4	

ELABORADO/REVISTO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
UNIDADE ORGÂNICA/ÓRGÃO/NOME/ASSINATURA	UNIDADE ORGÂNICA /ÓRGÃO/NOME/ASSINATURA	UNIDADE ORGÂNICA/ÓRGÃO/NOME
Serviço da Qualidade (SQ)	Serviço da Qualidade (SQ)	Conselho de Administração:
Diretora - Dra. Vanessa Pereira de Gouveia	Diretora - Dra. Vanessa Pereira de Gouveia	Presidente do CA: Dr. Carlos Neves Martins
		Vogal Executivo: Dr. Miguel Carpinteiro
		Vogal Executivo: Dr. Francisco Matoso
		Diretor Clínico da ACSH:
		Prof.º Doutor Rui Tato Marinho
		Diretora Clínica da ACSP:
		Dra. Eunice Carrapiço
		Enfermeira-Diretora: Enf.ª Gestora Carla Martins
		ATA/ASSINATURAS
DATA: 13/12/2024		DATA: __/__/__

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS Serviço Nacional de Saúde  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MOD.002.00
Designação da (s) Unidade(s) Orgânica(s) (Departamento, Serviço, Unidade Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões)				
Título do Documento				
Manual				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	09/2024	09/2027	Página 3 de 4	

Exemplo:

Índice

1. OBJETIVO (S).....	Erro! Marcador não definido.
2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO	Erro! Marcador não definido.
3. RESPONSABILIDADES	Erro! Marcador não definido.
4. SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS	Erro! Marcador não definido.
5. DEFINIÇÕES E CONCEITOS.....	Erro! Marcador não definido.
6. DESCRIÇÃO	Erro! Marcador não definido.
6.1. Enquadramento	Erro! Marcador não definido.
6.2. Recursos	Erro! Marcador não definido.
6.2.1. Informáticos:	Erro! Marcador não definido.
6.3. Descrição	Erro! Marcador não definido.
6.3.1. Estrutura documental da ULSSM.....	Erro! Marcador não definido.
6.3.2. Etapas de construção de documentos.....	Erro! Marcador não definido.
6.3.3. Rota de Elaboração/Revisão e Aprovação por tipo de documento	Erro! Marcador não definido.
6.3.4. Codificação	Erro! Marcador não definido.
6.3.5. Formatação.....	Erro! Marcador não definido.
6.3.6. Normas de Referenciação	Erro! Marcador não definido.
6.3.7. Divulgação	Erro! Marcador não definido.
6.3.8. Controlo e Arquivo dos documentos.....	Erro! Marcador não definido.
6.4. Registos.....	Erro! Marcador não definido.
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Erro! Marcador não definido.
7.1. Fontes Consultadas.....	Erro! Marcador não definido.
8. HISTÓRICO DE ATUALIZAÇÕES.....	Erro! Marcador não definido.
9. ANEXOS	Erro! Marcador não definido.

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MOD.002.00
Designação da (s) Unidade(s) Orgânica(s) (Departamento, Serviço, Unidade Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões)				
Título do Documento				
Manual				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	09/2024	09/2027	Página 4 de 4	

 REPÚBLICA PORTUGUESA INAD  SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MOD.003.00
Designação da (s) Unidade(s) Orgânica(s) (Departamento, Serviço, Unidade Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões)				
Título do documento				
PROCEDIMENTO MULTISSETORIAL				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 2 de 3	

1. OBJETIVO (S)

- Descrever de forma clara e concisa a finalidade do procedimento.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

- Indicar o tema, as Unidades Orgânicas da Unidade Local de Saúde Santa Maria, os grupos profissionais/colaboradores aos quais o procedimento se aplica (destinatários).

3. RESPONSABILIDADES

Indicar os responsáveis pela:

- Implementação do Procedimento.
- Monitorização do Procedimento.
- Revisão do Procedimento.

4. SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

Enumerar as siglas, acrónimos e abreviaturas utilizadas e os seus significados (se aplicável), caso contrário, referir “Não aplicável”.

5. DEFINIÇÕES E CONCEITOS

Incluir as principais definições. Conceitos e Termos utilizados, designadamente os que possam suscitar dúvidas (se aplicável); caso contrário, referir “Não aplicável”.

6. DESCRIÇÃO

6.1. Enquadramento: contextualizar a importância ou a necessidade do procedimento e fazer uma breve introdução e/ou fundamentação do tema. Referência a princípios orientadores, normativos legais, regulamentares ou técnico-científicos, etc. relacionados com a temática em causa.

6.2. Recursos (se aplicável): descrever os recursos necessários; caso contrário referir “Não aplicável”.

6.3. Descrição: Descrever detalhadamente o processo necessário para atingir o objetivo do procedimento, ou seja, identificar e especificar atividades, intervenientes, fases, técnicas, locais, recursos, etc, envolvidos (o quê, quem, quando, como, onde e com o quê).

6.4. Registos (se aplicável): descrever de que forma e em que suporte (papel ou digital) são efetuados os registos, a finalidade dos mesmos, o prazo de conservação dos registos produzidos, e o modo de eliminação, caso contrário referir “Não aplicável”.

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS Sistema Nacional de Saúde  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MOD.003.00
Designação da (s) Unidade(s) Orgânica(s) (Departamento, Serviço, Unidade Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões)				
Título do documento				
PROCEDIMENTO MULTISSETORIAL				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 3 de 3	

6.5. Fluxograma (opcional): sempre que possível devem ser usados fluxogramas ou similar para descrever as atividades/ações de forma clara e concisa.

6.6. Indicadores (opcional): sempre que a atividade exige monitorização.

6.7. Auditoria (opcional): sempre que a atividade exige monitorização e que seja um dos métodos adotados para o efeito. Indicar pelo menos a periodicidade da mesma.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Enumerar as principais fontes consultadas para elaboração do procedimento, tais como: legislação, documentação regulamentar e/ou técnico-científica, normas de orientação clínica, etc.

As referências devem estar organizadas de acordo com a seguinte estrutura:

Fontes citadas: são listadas por ordem de entrada utilizando numeração acima da linha de texto.

Fontes consultadas: devem ser listadas por ordem alfabética.

8. HISTÓRICO DE ATUALIZAÇÕES

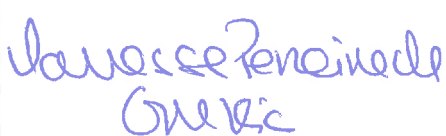
Preencher a tabela infra de acordo com os itens apresentados.

Nº DA EDIÇÃO	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO	DATA DE ENTRADA EM VIGOR	EMISSION
00	Documento inicial	Dia/mês/ano	Unidade Orgânica

9. ANEXOS

Enumerar os anexos que decorrem do procedimento (se aplicável), caso contrário referir “Não aplicável”.

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA			SQ.MOD.004.00
Designação da (s) Unidade(s) Orgânica(s) (Departamento, Serviço, Unidade Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões)			
Título do documento			
PROCEDIMENTO SETORIAL			
Edição	Próxima Edição	Página	
N.º 000	09/2024	09/2027	Página 1 de 3

ELABORADO/REVISTO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
SERVIÇO/ÓRGÃO/NOME/ASSINATURA	SERVIÇO/ÓRGÃO/NOME/ASSINATURA	SERVIÇO/ÓRGÃO/NOME
Serviço da Qualidade (SQ) Diretora de Serviço Dra. Vanessa Pereira de Gouveia 	Serviço da Qualidade (SQ) Diretora de Serviço Dra. Vanessa Pereira de Gouveia 	Conselho de Administração: Presidente do CA: Dr. Carlos Neves Martins Vogal Executivo: Dr. Miguel Carpinteiro Vogal Executivo: Dr. Francisco Matoso Diretor Clínico da ACSH: Prof.ª Doutor Rui Tato Marinho Diretora Clínica da ACSP: Dra. Eunice Carrapiço Enfermeira-Diretora: Enf.ª Gestora Carla Martins
		ATA/ASSINATURAS
DATA: 13/12/2024		DATA: __/__/__

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS Serviço Nacional de Saúde  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MOD.004.00
Designação da (s) Unidade(s) Orgânica(s) (Departamento, Serviço, Unidade Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões)				
Título do documento				
PROCEDIMENTO SETORIAL				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	09/2024	09/2027	Página 2 de 3	

1. OBJETIVO (S)

- Descrever de forma clara e concisa a finalidade do procedimento.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

- Indicar o tema, as Unidades Orgânicas da Unidade Local de Saúde Santa Maria, os grupos profissionais/colaboradores aos quais o procedimento se aplica (destinatários).

3. RESPONSABILIDADES

Indicar os responsáveis pela:

- Implementação do Procedimento.
- Monitorização do Procedimento.
- Revisão do Procedimento.

4. SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

Enumerar as siglas, acrónimos e abreviaturas utilizadas e os seus significados (se aplicável), caso contrário, referir “Não aplicável”.

5. DEFINIÇÕES E CONCEITOS

Incluir as principais definições. Conceitos e Termos utilizados, designadamente os que possam suscitar dúvidas (se aplicável); caso contrário, referir “Não aplicável”.

6. DESCRIÇÃO

6.1. Enquadramento: contextualizar a importância ou a necessidade do procedimento e fazer uma breve introdução e/ou fundamentação do tema. Referência a princípios orientadores, normativos legais, regulamentares ou técnico-científicos, etc. relacionados com a temática em causa.

6.2. Recursos (se aplicável): descrever os recursos necessários; caso contrário referir “Não aplicável”.

6.3. Descrição: Descrever detalhadamente o processo necessário para atingir o objetivo do procedimento, ou seja, identificar e especificar atividades, intervenientes, fases, técnicas, locais, recursos, etc, envolvidos (o quê, quem, quando, como, onde e com o quê).

6.4. Registos (se aplicável): descrever de que forma e em que suporte (papel ou digital) são efetuados

 REPÚBLICA PORTUGUESA  SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MOD.004.00
Designação da (s) Unidade(s) Orgânica(s) (Departamento, Serviço, Unidade Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões)				
Título do documento				
PROCEDIMENTO SETORIAL				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	09/2024	09/2027	Página 3 de 3	

os registos, a finalidade dos mesmos, o prazo de conservação dos registos produzidos, e o modo de eliminação, caso contrário referir “Não aplicável”.

6.5. Fluxograma (opcional): sempre que possível devem ser usados fluxogramas ou similar para descrever as atividades/ações de forma clara e concisa.

6.6. Indicadores (opcional): sempre que a atividade exige monitorização.

6.7. Auditoria (opcional): sempre que a atividade exige monitorização e que seja um dos métodos adotados para o efeito. Indicar pelo menos a periodicidade da auditoria.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Enumerar as principais fontes consultadas para elaboração do procedimento, tais como: legislação, documentação regulamentar e/ou técnico-científica, normas de orientação clínica, etc.

As referências devem estar organizadas de acordo com a seguinte estrutura:

Fontes citadas: são listadas por ordem de entrada utilizando numeração acima da linha de texto.

Fontes consultadas: devem ser listadas por ordem alfabética.

8. HISTÓRICO DE ATUALIZAÇÕES

Preencher a tabela infra de acordo com os itens apresentados.

Nº DA EDIÇÃO	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO	DATA DE ENTRADA EM VIGOR	EMISSOR
00	Documento inicial	Dia/mês/ano	Unidade Orgânica

9. ANEXOS

Enumerar os anexos que decorrem do procedimento (se aplicável), caso contrário referir “Não aplicável”.

			SQ.MOD.005.00
Designação da (s) Unidade(s) Orgânica(s) (Departamento, Serviço, Unidade Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões)			
Título do Documento			
INSTRUÇÃO DE TRABALHO			
Edição	Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 1 de 3

ELABORADO/REVISTO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
SERVIÇO/ÓRGÃO/NOME/ASSINATURA	SERVIÇO/ÓRGÃO/NOME/ASSINATURA	SERVIÇO/ÓRGÃO/NOME
Serviço da Qualidade (SQ) Diretora de Serviço Dra. Vanessa Pereira de Gouveia <i>Vanessa Pereira de Gouveia</i>	Serviço da Qualidade (SQ) Diretora de Serviço Dra. Vanessa Pereira de Gouveia <i>Vanessa Pereira de Gouveia</i>	Conselho de Administração: Presidente do CA: Dr. Carlos Neves Martins Vogal Executivo: Dr. Miguel Carpinteiro Vogal Executivo: Dr. Francisco Matoso Diretor Clínico da ACSH: Prof.ª Doutor Rui Tato Marinho Diretora Clínica da ACSP: Dra. Eunice Carrapiço Enfermeira-Diretora: Enf.ª Gestora Carla Martins
		ATA/ASSINATURAS
DATA: 13/12/2024		DATA: __/__/__

			SQ.MOD.005.00
Designação da (s) Unidade(s) Orgânica(s) (Departamento, Serviço, Unidade Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões)			
Título do Documento			
INSTRUÇÃO DE TRABALHO			
Edição	Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	
Página 2 de 3			

1. OBJETIVO (S)

- Descrever de forma clara e concisa a finalidade da instrução de trabalho (por norma, refere-se a um procedimento específico, que pretende operacionalizar).

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

- Indicar a temática, as unidades orgânicas da Unidade Local de Saúde Santa Maria, os grupos profissionais/colaboradores aos quais o procedimento se aplica (destinatários).

3. RESPONSABILIDADES

Indicar os responsáveis pela:

- Implementação da Instrução de Trabalho.
- Monitorização da Instrução de Trabalho.
- Revisão da Instrução de Trabalho.

4. SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

Enumerar as siglas, acrónimos e abreviaturas utilizadas e os seus significados (se aplicável), caso contrário, referir “Não aplicável”.

5. DESCRIÇÃO

6.1. Enquadramento (se aplicável): efetuar uma breve introdução do tema, caso contrário, colocar “Não aplicável”.

6.2. Recursos (se aplicável): descrever os recursos necessários; caso contrário referir “Não aplicável”.

6.3. Descrição: descrever detalhadamente as tarefas necessárias para atingir o objetivo da instrução de trabalho; sempre que possível devem ser utilizados fluxogramas.

6.4. Registos (se aplicável): descrever de que forma e em que suporte (papel ou digital) são efetuados os registos, a finalidade dos mesmos, o prazo de conservação dos registos produzidos, e o modo de eliminação, caso contrário referir “Não aplicável”.

 REPÚBLICA PORTUGUESA  SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA			SQ.MOD.005.00
Designação da (s) Unidade(s) Orgânica(s) (Departamento, Serviço, Unidade Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões)			
Título do Documento			
INSTRUÇÃO DE TRABALHO			
Edição	Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	
Página 3 de 3			

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referir as principais referências bibliográficas consultadas para a elaboração da instrução de trabalho;

As referências devem estar organizadas de acordo com a seguinte estrutura:

Fontes citadas: são listadas por ordem de entrada utilizando numeração acima da linha de texto.

Fontes consultadas: devem ser listadas por ordem alfabética.

7. HISTÓRICO DE ATUALIZAÇÕES

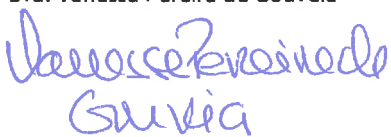
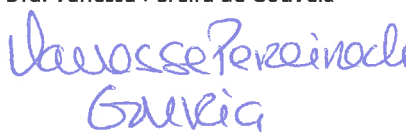
Preencher a tabela infra de acordo com os itens apresentados.

Nº DA EDIÇÃO	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO	DATA DE ENTRADA EM VIGOR	EMISSOR
000	Documento inicial	Dia/mês/ano	Unidade Orgânica

8. ANEXOS

Enumerar os anexos que decorrem da instrução de trabalho (se aplicável), caso contrário referir “Não aplicável”.

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MOD.006.00
Designação da (s) Unidade(s) Orgânica(s) (Departamento, Serviço, Unidade Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões)				
Título do Documento				
Processo Assistencial				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 1 de 3	

ELABORADO/REVISTO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
SERVIÇO/ÓRGÃO/NOME/ASSINATURA	SERVIÇO/ÓRGÃO/NOME/ASSINATURA	SERVIÇO/ÓRGÃO/NOME
Serviço da Qualidade (SQ) Diretora de Serviço Dra. Vanessa Pereira de Gouveia 	Serviço da Qualidade (SQ) Diretora de Serviço Dra. Vanessa Pereira de Gouveia 	Conselho de Administração: Presidente do CA: Dr. Carlos Neves Martins Vogal Executivo: Dr. Miguel Carpinteiro Vogal Executivo: Dr. Francisco Matoso Diretor Clínico da ACSH: Prof.ª Doutor Rui Tato Marinho Diretora Clínica da ACSP: Dra. Eunice Carrapiço Enfermeira-Diretora: Enf.ª Gestora Carla Martins
		ATA/ASSINATURAS
DATA: 13/12/2024		DATA: __/__/__

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS Serviço Nacional de Saúde  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MOD.006.00
Designação da (s) Unidade(s) Orgânica(s) (Departamento, Serviço, Unidade Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões)				
Título do Documento				
Processo Assistencial				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 2 de 3	

1. OBJETIVO (S)

- Descrever de forma clara e concisa a finalidade do processo assistencial.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

- Indicar o tema, as Unidades Orgânicas da Unidade Local de Saúde Santa Maria, os grupos profissionais/colaboradores aos quais o procedimento se aplica (destinatários).

3. RESPONSABILIDADES

Indicar os responsáveis pela:

- Implementação do Processo Assistencial.
- Monitorização do Processo Assistencial.
- Revisão do Procedimento do Processo Assistencial.

4. SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

Enumerar as siglas, acrónimos e abreviaturas utilizadas e os seus significados (se aplicável), caso contrário, referir “Não aplicável”.

5. DEFINIÇÕES E CONCEITOS

Incluir as principais definições. Conceitos e Termos utilizados, designadamente os que possam suscitar dúvidas (se aplicável); caso contrário, referir “Não aplicável”.

6. DESCRIÇÃO

6.1. Enquadramento Epidemiológico: contextualizar a importância ou a necessidade do processo assistencial atendendo a critérios de casuística, prevalência, complexidade, morbilidade e mortalidade.

6.2. Recursos (se aplicável): descrever os recursos necessários; caso contrário referir “Não aplicável”.

6.3. Descrição: Descrever detalhadamente a sequência de atividades que o compõem, identificar e especificar atividades, intervenientes, fases, técnicas, locais, recursos, etc, envolvidos (o quê, quem, quando, como, onde e com o quê).

6.4. Registos (se aplicável): descrever de que forma e em que suporte (papel ou digital) são efetuados os registos, a finalidade dos mesmos, o prazo de conservação dos registos produzidos, e o modo de eliminação, caso contrário referir “Não aplicável”.

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE  SNS Sistema Nacional de Saúde  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTA MARIA				SQ.MOD.006.00
Designação da (s) Unidade(s) Orgânica(s) (Departamento, Serviço, Unidade Funcionais, Centros de Referência, Centros de Responsabilidade Integrada, Gabinetes, Comissões)				
Título do Documento				
Processo Assistencial				
Edição		Próxima Edição	Página	
N.º 000	12/2024	12/2027	Página 3 de 3	

6.5. Fluxograma (opcional): sempre que possível devem ser usados fluxogramas ou similar para descrever as atividades/ações de forma clara e concisa.

6.6. Indicadores: sempre que a atividade exige monitorização.

6.7. Auditoria: sempre que a atividade exige monitorização e que seja um dos métodos adotados para o efeito. Indicar pelo menos a periodicidade da auditoria.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Enumerar as principais fontes consultadas para elaboração do procedimento, tais como: legislação, documentação regulamentar e/ou técnico-científica, normas de orientação clínica, etc.

As referências devem estar organizadas de acordo com a seguinte estrutura:

Fontes citadas: são listadas por ordem de entrada utilizando numeração acima da linha de texto.

Fontes consultadas: devem ser listadas por ordem alfabética.

8. HISTÓRICO DE ATUALIZAÇÕES

Preencher a tabela infra de acordo com os itens apresentados.

Nº DA EDIÇÃO	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO	DATA DE ENTRADA EM VIGOR	EMISSOR
000	Documento inicial	Dia/mês/ano	Unidade Orgânica

9. ANEXOS

Enumerar os anexos que decorrem do procedimento (se aplicável), caso contrário referir “Não aplicável”.