



ANO

**2019**

REVISÃO 0

Página 1 de 6

11-01-2019

A DIRECÇÃO DO HOSPITAL

## LINHAS ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA

### OBJECTIVOS

#### A. AUMENTAR CAPACIDADE INSTALADA P/ RESPONDER NECESSIDADES POPULAÇÃO

##### A.1 ALARGAMENTO DE CAPACIDADE DO BLOCO OPERATÓRIO

#### B. PROMOVER A SUSTENTABILIDADE DA INSTITUIÇÃO

##### B.1 REDUZIR RECORRÊNCIA DE NÃO CONFORMIDADES NOS PROCESSOS

*Enquadramento: A recorrência na constatação de não conformidades nos processos denota falhas operacionais que deverão ser evitadas. Um menor número de não conformidades evidenciará um melhor desempenho dos processos do SGQ.*

##### B.2 MANTER RECONHECIMENTO EXTERNO DO HOSPITAL

*Enquadramento: Os resultados obtidos no sistema nacional de avaliação em saúde, promovido pela Entidade Reguladora da Saúde, é espelho da qualidade dos serviços prestados nas unidades hospitalares e um benchmark dentro do sistema nacional de saúde. Por ser uma referência para os utentes o nosso Hospital pretende obter classificação máxima em cada área avaliada.*

##### B.3 MANTER/AUMENTAR O VOLUME DE SERVIÇOS PRESTADOS

*Enquadramento: O crescimento da instituição estará estreitamente ligado à capacidade para pelo menos manter os níveis de serviço e, onde possível, aumenta-los atendendo um maior numero de doentes nos vários serviços.*

##### B.4 PROMOVER EFICIÊNCIA OPERACIONAL

*Enquadramento: otimizar a utilização dos recursos disponíveis é essencial à sustentabilidade da instituição. Na óptica de redução de desperdícios, alguns indicadores têm como propósito servir de base à definição futura de objectivos distintos e mais específicos de eficiência operacional.*

#### C. MELHORAR A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS

##### C.1 AUMENTAR/MANTER A SATISFAÇÃO DOS DOENTES

*Enquadramento: As taxas de satisfação dos doentes revelam em boa medida a percepção da qualidade dos serviços prestados.*

##### C.2 REDUZIR TAXAS DE INFECÇÕES HOSPITALARES

*Enquadramento: Assume-se que a evidência de cumprimento das boas práticas no âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) corresponderá a um decréscimo do número de infecções associadas à prestação de cuidados. A incidência de infecções será monitorizada através dos registos efectuados na plataforma UtilSST.*

##### C.3 AUMENTAR/MANTER A QUALIFICAÇÃO E SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

*Enquadramento: profissionais qualificados e satisfeitos prestam serviços cada vez melhores aos doentes. O número de objectivos/metast associados a este objectivo deverá ser gradualmente ampliado.*

ANO

**2019**

REVISÃO 0

Página 2 de 6

11-01-2019

A DIRECÇÃO DO HOSPITAL

## DESDOBRAMENTO EM OBJECTIVOS E INDICADORES OPERACIONAIS

### A. AUMENTAR CAPACIDADE INSTALADA P/ RESPONDER NECESSIDADES POPULAÇÃO

#### A.1 ALARGAMENTO DE CAPACIDADE DO BLOCO OPERATÓRIO

ACÇÕES A REALIZAR: No âmbito do Design e Desenvolvimento foi elaborado o projecto relativo ao alargamento de capacidade do Bloco Operatório.

RESPONSÁVEL: gestor de processo D&D PRAZO CONCLUSÃO: 21-12-2019

AValiação RESULTADOS: a definir no planeamento do Projeto.

### B. PROMOVER A SUSTENTABILIDADE DA INSTITUIÇÃO

#### B.1 REDUZIR RECORRÊNCIA DE NÃO CONFORMIDADES NOS PROCESSOS

ACÇÕES A REALIZAR: serão definidas por cada gestor de processo na sequência do acompanhamento dos indicadores/ resultados obtidos.

RECURSOS NECESSÁRIOS: a necessidade de recursos deve ser determinada na sequência do acompanhamento dos indicadores e caso as metas estabelecidas não estejam a ser alcançadas. Deve ser endereçada à Direcção.

RESPONSÁVEL: cada gestor de processo PRAZO CONCLUSÃO: 31-12-2019

AValiação RESULTADOS: a meta será considerada atingida (verde) quando o valor foi maior ou igual ao definido. Será considerada parcialmente atingida (amarelo) quando haja uma variação negativa máxima de 10 pontos percentuais (nas avaliações intermédias). Será considerada não atingida (vermelho) nas avaliações intermédias quando haja uma variação negativa superior a 10 pontos percentuais e na avaliação final anual quando o valor alvo não tenha sido alcançado.

INDICADOR	META	VALOR REF. <sup>a</sup>	PROCESSO
TAXA DE CONFORMIDADE LISTA VERIFICAÇÃO SAP	>=95%	100%	PCS.002
TAXA DE CONFORMIDADE LISTA VERIFICAÇÃO APROVISIONAMENTO	>=95%	93%	PCS.003
TAXA DE CONFORMIDADE LISTA VERIFICAÇÃO GESTÃO PESSOAS	>=90%	95%	PCS.007
TAXA DE CONFORMIDADE LISTA VERIFICAÇÃO CONSULTAS	>=90%	100%	PCS.008
TAXA DE CONFORMIDADE LISTA VERIFICAÇÃO BLOCO	>=90%	98%	PCS.010
TAXA DE CONFORMIDADE LISTA VERIFICAÇÃO IMAGIOLOGIA	>=95%	ND	PCS.011
TAXA DE CONFORMIDADE LISTA VERIFICAÇÃO SIE	>=89%	96%	PCS.012
TAXA DE CONFORMIDADE LISTA VERIFICAÇÃO INT. CIRURGIA	>=95%	100%	PCS.013
TAXA DE CONFORMIDADE LISTA VERIFICAÇÃO ALIMENTAÇÃO	>=85%	87%	PCS.014
TAXA DE CONFORMIDADE LISTA VERIFICAÇÃO UCCI-UMDR	>=95%	95%	PCS.015
TAXA DE CONFORMIDADE LISTA VERIFICAÇÃO UCCI-ULDM	>=95%	91%	PCS.015
TAXA DE CONFORMIDADE LISTA VERIFICAÇÃO UCCI-UC	>=90%	91%	PCS.024
TAXA DE CONFORMIDADE LISTA VERIFICAÇÃO FARMÁCIA	>=95%	90%	PCS.016
TAXA DE CONFORMIDADE LISTA VERIFICAÇÃO ESTERILIZAÇÃO	>=95%	96%	PCS.017
TAXA DE CONFORMIDADE LISTA VERIFICAÇÃO LABORATÓRIO	=100%	100%	PCS.018
TAXA DE CONFORMIDADE LISTA VERIFICAÇÃO CIRURGIA AMB.	>=90%	100%	PCS.019
TAXA DE CONFORMIDADE LISTA VERIFICAÇÃO GASTRO	>=90%	ND	PCS.020
TAXA DE CONFORMIDADE LISTA VERIFICAÇÃO ENFERMAGEM	>=95%	ND	PCS.021
TAXA DE CONFORMIDADE LISTA VERIFICAÇÃO LAVANDARIA	>=93%	91%	PCS.022
TAXA DE CONFORMIDADE LISTA VERIFICAÇÃO SST	>=95%	ND	PCS.025
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS APROVISIONAM.	=0	0	PCS.003
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS D&D	=0	0	PCS.004
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS GESTÃO PESSOAS	=0	0	PCS.007

ANO

**2019**

REVISÃO 0

Página 3 de 6

11-01-2019

A DIRECÇÃO DO HOSPITAL

N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS SIE	=0	0	PCS.012
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS ALIMENTAÇÃO	=0	0	PCS.014
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS FARMÁCIA	=0	0	PCS.016
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS ESTERILIZAÇÃO	=0	0	PCS.017
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS LAVANDARIA	=0	0	PCS.022
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS SST	=0	0	PCS.025

## B. PROMOVER A SUSTENTABILIDADE DA INSTITUIÇÃO

### B.2 MANTER RECONHECIMENTO EXTERNO DO HOSPITAL

ACÇÕES A REALIZAR: serão definidas por cada gestor de processo na sequência do acompanhamento dos indicadores/ resultados obtidos.

RECURSOS NECESSÁRIOS: a necessidade de recursos deve ser determinada na sequência do acompanhamento dos indicadores e caso as metas estabelecidas não estejam a ser alcançadas. Deve ser endereçada à Direcção.

RESPONSÁVEL: cada gestor de processo PRAZO CONCLUSÃO: 31-12-2019

AValiação RESULTADOS: a meta será considerada atingida (verde) quando o valor foi maior ou igual ao definido. Será considerada parcialmente atingida (amarelo) quando haja uma variação negativa máxima de 1 ponto percentual (nas avaliações intermédias). Será considerada não atingida (vermelho) nas avaliações intermédias quando haja uma variação negativa superior a 1 ponto percentual e na avaliação final anual quando o valor alvo não tenha sido alcançado.

INDICADOR	META	VALOR REF.ª	PROCESSO
TAXA DE CONFORMIDADE GLOBAL INDICADORES SINAS – ORTOPEDIA	=99%	99,8%	PCS.010
TAXA DE CONFORMIDADE GLOBAL INDICADORES SINAS – ORTOPEDIA	=99%	99,8%	PCS.013
TAXA DE CONFORMIDADE GLOBAL INDICADORES SINAS – GINECOLOGIA	=99%	98,4%	PCS.010
TAXA DE CONFORMIDADE GLOBAL INDICADORES SINAS – GINECOLOGIA	=99%	99,4%	PCS.013
TAXA DE CONFORMIDADE GLOBAL INDICADORES SINAS – CIRURGIA AMBULATÓRIO	=99%	100%	PCS.010
TAXA DE CONFORMIDADE GLOBAL INDICADORES SINAS – CIRURGIA AMBULATÓRIO	=99%	100%	PCS.019

## B. PROMOVER A SUSTENTABILIDADE DA INSTITUIÇÃO

### B.3 MANTER/AUMENTAR O VOLUME DE SERVIÇOS PRESTADOS

ACÇÕES A REALIZAR: serão definidas por cada gestor de processo na sequência do acompanhamento dos indicadores/ resultados obtidos.

RECURSOS NECESSÁRIOS: a necessidade de recursos deve ser determinada na sequência do acompanhamento dos indicadores e caso as metas estabelecidas não estejam a ser alcançadas. Deve ser endereçada à Direcção.

RESPONSÁVEL: cada gestor de processo PRAZO CONCLUSÃO: 31-12-2019

AValiação RESULTADOS: na maioria dos casos não estão definidas metas de produção devido à imprevisibilidade de afluência aos serviços de saúde.

INDICADOR	META	VALOR REF.ª	PROCESSO
NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR TURNO MEDICO - SAP	NA	29.268	PCS.002
NÚMERO DE CONSULTAS POR ESPECIALIDADE - CONSULTAS	NA	60.315	PCS.008
NÚMERO DE CONSULTAS POR SUBSISTEMA – CONSULTAS	NA	60.315	PCS.008
NÚMERO DE CIRURGIAS POR ESPECIALIDADE - BLOCO	NA	4.021	PCS.010
NÚMERO DE CIRURGIAS POR SUBSISTEMA – BLOCO	NA	4.021	PCS.010
NÚMERO DE EXAMES POR GRANDE GRUPO/ESPECIALIDADE - IMAGIOLOGIA	NA	87.760	PCS.011
NÚMERO DE EXAMES POR SUBSISTEMA - IMAGIOLOGIA	NA	87.760	PCS.011
N.º CIRURGIAS CONVENCIONAIS P/ESPECIALIDADE – CIR. INTERNAMENTO	NA	913	PCS.013
N.º CIRURGIAS CONVENCIONAIS P/SUBSISTEMA – CIR. INTERNAMENTO	NA	913	PCS.013
TAXA DE OCUPAÇÃO (UMDR)	NA	99%	PCS.015
TAXA DE OCUPAÇÃO (ULDM)	NA	99,7%	PCS.015

ANO

**2019**

REVISÃO 0

Página 4 de 6

11-01-2019

A DIRECÇÃO DO HOSPITAL

TAXA DE OCUPAÇÃO (UC)	NA	93,9%	PCS.024
NÚMERO DE ANÁLISES POR VALÊNCIA/ESPECIALIDADE - LABORATÓRIO	≥60.000	67.120	PCS.018
NÚMERO DE ANÁLISES POR SUBSISTEMA - LABORATÓRIO	≥60.000	67.120	PCS.018
N.º CIRURGIAS EM AMBULATORIO P/ ESPECIALIDADE – CIR. AMBULATORIO	NA	3.097	PCS.019
N.º CIRURGIAS EM AMBULATORIO P/ SUBSISTEMA – CIR. AMBULATORIO	NA	3.097	PCS.019
N.º EXAMES POR TIPO/ESPECIALIDADE – GASTRO	NA	14.095	PCS.020
N.º EXAMES POR SUBSISTEMA – GASTRO	NA	14.095	PCS.020
N.º TRATAMENOS REALIZADOS POR TIPO DE TRATAMENTO – TRAT. ENFERMAGEM	NA	10.601	PCS.021

## B. PROMOVER A SUSTENTABILIDADE DA INSTITUIÇÃO

### B.4 PROMOVER EFICIÊNCIA OPERACIONAL

ACÇÕES A REALIZAR: serão definidas por cada gestor de processo na sequência do acompanhamento dos indicadores/ resultados obtidos.

RECURSOS NECESSÁRIOS: a necessidade de recursos deve ser determinada na sequência do acompanhamento dos indicadores e caso as metas estabelecidas não estejam a ser alcançadas. Deve ser endereçada à Direcção.

RESPONSÁVEL: cada gestor de processo PRAZO CONCLUSÃO: 31-12-2019

AValiação RESULTADOS: Nos casos em que estejam definidas metas serão avaliados caso a caso.

INDICADOR	META	VALOR REF.ª	PROCESSO
RUPTURAS DE STOCK CONSUMÍVEIS HOSPITALARES IMPUTÁVEIS AO APROVISIONAMENTO	= 0	0	PCS.003
NÚMERO DE PEDIDOS INTERNOS RECEBIDO – APROV.	NA	2.105	PCS.003
NÚMERO DE ENCOMENDAS (REQUISIÇÕES + KANBAN) ENVIADAS AOS SERVIÇOS – APROV.	NA	6.186	PCS.003
N.º MÉDIO DE DIAS PARA RESOLUÇÃO AVARIAS DE EQUIPAMENTOS CRÍTICOS - SIE	NA	34,7	PCS.012
N.º COMUNICAÇÕES DE AVARIA RECEBIDAS – SIE	NA	1.317	PCS.012
N.º REQUISIÇÕES EXTERNAS FORMALIZADAS – SIE	NA	859	PCS.012
N.º REFEIÇÕES SERVIDAS POR DESTINATÁRIO – ALIMENTAÇÃO	NA	383.726	PCS.014
N.º PEDIDOS EXTRA FORMULÁRIO – FARMACIA	< 120	179	PCS.016
N.º ERROS/TROCAS NO ENVIO DA MEDICAÇÃO – FARMACIA	= 0	0	PCS.016
N.º FALHAS NO ENVIO DA MEDICAÇÃO – FARMACIA	< 60	2	PCS.016
VALOR MENSAL DAS QUEBRAS DE MEDICAÇÃO – FARMACIA	< 20€	23,29€	PCS.016
N.º CICLOS DE ESTERILIZAÇÃO REALIZADOS – ESTERILIZAÇÃO	NA	3.446	PCS.017
QUILOS DE ROUPA PROCESSADA – LAVANDARIA	NA	461.048	PCS.022
CUSTO MENSAL COM DETERGENTE POR CADA 100KG DE ROUPA LAVADA – LAVANDARIA	< 6€	5,59€	PCS.022

## C. MELHORAR A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS

### C.1 AUMENTAR/MANTER A SATISFAÇÃO DOS DOENTES

ACÇÕES A REALIZAR: serão definidas por cada gestor de processo na sequência do acompanhamento dos indicadores/ resultados obtidos.

RECURSOS NECESSÁRIOS: a necessidade de recursos deve ser determinada na sequência do acompanhamento dos indicadores e caso as metas estabelecidas não estejam a ser alcançadas. Deve ser endereçada à Direcção.

RESPONSÁVEL: cada gestor de processo

PRAZO CONCLUSÃO: 31-12-2019

AValiação RESULTADOS: a meta será considerada atingida (verde) quando o valor foi maior ou igual ao definido. Será considerada parcialmente atingida (amarelo) quando haja uma variação negativa máxima de 10 pontos percentuais (nas avaliações intermédias). Será considerada não atingida (vermelho) nas avaliações intermédias quando haja uma variação negativa superior a 10 pontos percentuais e na avaliação final anual quando o valor alvo não tenha sido alcançado. No caso das reclamações será não atingido sempre que >= 1.

ANO

**2019**

REVISÃO 0

Página 5 de 6

11-01-2019

A DIRECÇÃO DO HOSPITAL

INDICADOR	META	VALOR REF.º	PROCESSO
TAXA DE SATISFAÇÃO DOS DOENTES SAP	>=85%	89%	PCS.002
TAXA DE SATISFAÇÃO DOS DOENTES CONSULTAS	>=85%	98%	PCS.008
TAXA DE SATISFAÇÃO DOS DOENTES IMAGIOLOGIA	>=90%	99%	PCS.011
TAXA DE SATISFAÇÃO DOS DOENTES UCCI-UMDR	>=95%	98%	PCS.015
TAXA DE SATISFAÇÃO DOS DOENTES UCCI-ULDM	>=95%	98%	PCS.015
TAXA DE SATISFAÇÃO DOS DOENTES UCCI-UC	>=95%	98%	PCS.024
TAXA DE SATISFAÇÃO DOS DOENTES LABORATÓRIO	>=98%	95%	PCS.018
TAXA DE SATISFAÇÃO DOS DOENTES CIRURGIA AMB.	>=90%	98%	PCS.019
TAXA DE SATISFAÇÃO DOS DOENTES GASTRO	>=85%	100%	PCS.020
TAXA GLOBAL DE SATISFAÇÃO UTENTES – ALIMENTAÇÃO	≥ 85%	88%	PCS.014
TAXA DE DESMARCAÇÕES NÃO IMPUTÁVEIS AO DOENTE - CONSULTAS	≤ 10%	34%	PCS.008
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS SAP	=0	1	PCS.002
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS MEDICINA	=0	0	PCS.006
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS CONSULTAS	≤5	4	PCS.008
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS BLOCO	=0	0	PCS.010
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS IMAGIOLOGIA	=0	1	PCS.011
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS INT. CIRURGIA	=0	0	PCS.013
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS UCCI-UMDR	=0	0	PCS.015
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS UCCI-ULDM	=0	0	PCS.015
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS UCCI-UC	=0	0	PCS.024
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS LABORATÓRIO	=0	0	PCS.018
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS CIRURGIA AMB.	=0	0	PCS.019
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS GASTRO	=0	0	PCS.020
N.º RECLAMAÇÕES/NOTIFICAÇÕES FUNDAMENTADAS ENFERMAGEM	=0	1	PCS.021

ANO

**2019**

REVISÃO 0

Página 6 de 6

11-01-2019

A DIRECÇÃO DO HOSPITAL

## C. MELHORAR A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS

### C.2 REDUZIR TAXAS DE INFECÇÕES HOSPITALARES

ACÇÕES A REALIZAR: serão definidas por cada gestor de processo na sequência do acompanhamento dos indicadores/ resultados obtidos.

RECURSOS NECESSÁRIOS: a necessidade de recursos deve ser determinada na sequência do acompanhamento dos indicadores e caso as metas estabelecidas não estejam a ser alcançadas. Deve ser endereçada à Direcção.

RESPONSÁVEL: cada gestor de processo

PRAZO CONCLUSÃO: 31-12-2019

AVALIAÇÃO RESULTADOS: a meta será considerada atingida (verde) quando o valor foi maior ou igual ao definido. Será considerada parcialmente atingida (amarelo) quando haja uma variação negativa máxima de 10 pontos percentuais (nas avaliações intermédias). Será considerada não atingida (vermelho) nas avaliações intermédias quando haja uma variação negativa superior a 10 pontos percentuais e na avaliação final anual quando o valor alvo não tenha sido alcançado.

INDICADOR

META

VALOR REF.º

PROCESSO

TAXA CONFORMIDADE CONTROLOS ANALÍTICOS - ALIMENTAÇÃO

=100%

73%

PCS.014

## C. MELHORAR A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS

### C.3 AUMENTAR/MANTER A QUALIFICAÇÃO E SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

ACÇÕES A REALIZAR: serão definidas por cada gestor de processo na sequência do acompanhamento dos indicadores/ resultados obtidos.

RECURSOS NECESSÁRIOS: a necessidade de recursos deve ser determinada na sequência do acompanhamento dos indicadores e caso as metas estabelecidas não estejam a ser alcançadas. Deve ser endereçada à Direcção.

RESPONSÁVEL: cada gestor de processo

PRAZO CONCLUSÃO: 31-12-2019

AVALIAÇÃO RESULTADOS: a meta será considerada atingida (verde) quando o valor foi maior ou igual ao definido. Será considerada parcialmente atingida (amarelo) quando haja uma variação negativa máxima de 10 pontos percentuais (nas avaliações intermédias). Será considerada não atingida (vermelho) nas avaliações intermédias quando haja uma variação negativa superior a 10 pontos percentuais e na avaliação final anual quando o valor alvo não tenha sido alcançado.

INDICADOR

META

VALOR REF.º

PROCESSO

TAXA DE SATISFAÇÃO DOS COLABORADORES (2 EM 2 ANOS)

≥ 80%

ND

PCS.007

TAXA DE CUMPRIMENTO DO PLANO FORMAÇÃO

≥ 85%

73%

PCS.007

N.º EXAMES REALIZADOS TRABALHADORES SCMVV

NA

378

PCS.026

N.º AVALIAÇÕES CONDIÇÕES TRABALHO REALIZADAS (SCMVV)

NA

11

PCS.026

ANO

**2019**

REVISÃO

**1**

PARTE INTERESSADA	SERVIÇO/SECTOR	PERÍODO
UTENTES	LABORATÓRIO ANÁLISES (PCS.018)	ABRIL
UTENTES	CIRURGIA - INTERNAMENTO (PCS.013)	ABRIL
UTENTES	CIRURGIA - AMBULATÓRIO (PCS.019)	ABRIL
COLABORADORES / UTENTES	ALIMENTAÇÃO	MAIO
UTENTES	UCCI - UMDR (PCS.015)	AGOSTO
UTENTES	UCCI - ULDM (PCS.023)	AGOSTO
UTENTES	SAP (PCS.002)	AGOSTO, DEZEMBRO
UTENTES	UC – UNIDADE CONVALESCENÇA (PCS.024)	AGOSTO
COLABORADORES	COLABORADORES (EXTERNOS)	NOVEMBRO
FORNECEDORES	FORNECEDORES (CRÍTICOS)	NOVEMBRO
OUTRAS PARTES INTERESSADAS	PARCEIROS/FINANCIADORES	NOVEMBRO
UTENTES	MCDT - IMAGIOLOGIA (PCS.011)	DEZEMBRO
UTENTES	MCDT - GASTRO (PCS.020)	DEZEMBRO
UTENTES	CONSULTAS (PCS.008)	DEZEMBRO
COLABORADORES	MÉDICOS PRESCRITORES LABORAT.	DEZEMBRO
UTENTES	TRATAMENTOS ENFERMAGEM (PCS.021)	DEZEMBRO

ESTE DOCUMENTO É APROVADO NAS REVISÕES PELA GESTÃO

ELABORAÇÃO  
DEP. QUALIDADE

APROVAÇÃO  
PROVEDORIA