

MANUAL DE GESTÃO DO LABORATORIO

INDICE

CAPÍTULO 1 – SECÇÕES INTRODUTÓRIAS

- 1.1. Índice de abreviaturas e siglas
- 1.2. Promulgação do Manual de gestão do Laboratório
- 1.3. Objetivo
- 1.4. Organização do Manual
- 1.5. Gestão do Manual
- 1.6. Controlo de cópias

CAPÍTULO 2 – REFERÊNCIAS NORMATIVAS

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO DA EMPRESA

- 3.1 Identificação do Laboratório
- 3.2 Campo de Atividade e Objetivos
- 3.3 Organigrama

CAPÍTULO 4 – REQUISITOS GERAIS

- 4.1 Imparcialidade e independência
- 4.2 Confidencialidade

CAPÍTULO 5 – REQUISITOS DE ESTRUTURA

- 5.1 Personalidade jurídica
- 5.2 Identificação da gestão
- 5.3 Atividades laboratoriais
- 5.4 Requisitos aplicáveis às atividades laboratoriais
- 5.5 Estrutura, responsabilidades e documentação
 - 5.5.1 Responsabilidade e descrição de funções
 - 5.5.2 Regime de substituições
- 5.6 Gestão da qualidade
- 5.7 Comunicação e gestão da mudança

CAPÍTULO 6 – REQUISITOS DOS RECURSOS

- 6.1 Generalidades
- 6.2 Pessoal
- 6.3 Instalações e condições ambientais
- 6.4 Equipamento
- 6.5 Rastreabilidade metrológica
- 6.6 Produtos e serviços de fornecedores externos

CAPÍTULO 7 – REQUISITOS DOS PROCESSOS

- 7.1 Análise de consultas, propostas e contratos
- 7.2 Seleção, verificação e validação de métodos
- 7.3 Amostragem
- 7.4 Manuseamento de itens de ensaio ou calibração
- 7.5 Registos técnicos
- 7.6 Avaliação da incerteza de medição
- 7.7 Assegurar a validade dos resultados
- 7.8 Apresentação dos resultados
- 7.9 Reclamações
- 7.10 Trabalho não conforme
- 7.11 Controlo de dados e gestão da informação

CAPÍTULO 8 – REQUISITOS DE GESTÃO

- 8.1 Opções
- 8.2 Documentação do sistema de gestão
- 8.3 Controlo de documentos do sistema de gestão
- 8.4 Controlo de registos

- 8.5 Ações para abordar riscos e oportunidades
- 8.6 Melhoria
- 8.7 Ações corretivas
- 8.8 Auditorias internas
- 8.9 Revisão pela gestão

CAPÍTULO 1 – SECÇÕES INTRODUTÓRIAS

1.1 - LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AI – Auditorias Internas
CAE – Código de Atividade Empresarial
CEE – Comunidade Económica Europeia
CNQ – Comissão Nacional da Qualidade
DT – Direção Técnica
EA – European Accreditation
IPQ – Instituto Português da Qualidade
IPAC – Instituto Português de Acreditação
MRC – Materiais de Referência Certificados
MR – Material de Referência
MRI – Material de Referência Interno
NP – Norma Portuguesa
EN – European Normalization
ISO/IEC – International Standardization Organization
NIF – Número de Identificação Fiscal
PQ – Procedimento da Qualidade
PT – Procedimentos Técnicos
RL – Responsável do Laboratório
RQ – Responsável da Qualidade
SA – Serviços Administrativos
SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade
SGL – Sistema de Gestão do Laboratórios
TE – Técnico de ensaio
TNC – Trabalho Não Conforme

1.2 - PROMULGAÇÃO DO MANUAL DE GESTÃO DO LABORATORIO

Este manual refere os meios adotados pela gestão para assegurar a qualidade adequada dos serviços prestados de modo a satisfazer os clientes. Constitui o suporte material para os processos e procedimentos da organização e para a execução do conjunto de ações inerentes ao SGQ.

Compete à Gerência fazer observar, a todos os níveis, o cumprimento das determinações que constam deste manual e que satisfazem os requisitos da norma NP EN ISO/IEC 17025: 2018.

Ao Responsável pelo Sistema de Qualidade cabe a responsabilidade de garantir em rotina a observação do presente Manual de gestão do Laboratório, de forma transversal a todo o laboratório, fazendo cumprir as determinações necessárias para melhorar continuamente a eficácia do sistema.

Este documento é revisto e atualizado sempre que necessário quanto à sua adequabilidade.

A Gerência manifesta o seu compromisso para com a qualidade, e em conformidade, promulga o manual de gestão do Laboratório.

Promulgado em 10 de Agosto de 2023

A GERENCIA
Maria de Fatima Simoes

MGL2

1.3 - OBJECTIVO

O Manual de gestão do Laboratório é o documento operacional que apresenta o Sistema de Gestão da Qualidade do Laboratório, Procedimentos e toda a documentação e recursos que o suportam. Serve de referência permanente para a aplicação e manutenção desse sistema.

Sendo um documento difundido no Laboratório, constitui um elemento de referência e uniformização dos métodos a utilizar e na gestão da qualidade.

- Assim, o Manual de gestão do Laboratório serve nomeadamente para comunicar aos colaboradores os requisitos do sistema, os processos e os procedimentos aplicáveis
- Descrever e suportar a implementação do SGQ
- Definir as funções e as responsabilidades da gestão técnica e da gestão da qualidade, incluindo as suas responsabilidades pelo cumprimento da NP EN ISO/IEC 17025:2018.
- Programar as auditorias internas
- Garantir a continuidade das práticas de gestão da qualidade em períodos de mudança
- Fornecer uma base documental para a formação dos colaboradores
- Apresentar o sistema de gestão da qualidade a entidades exteriores
- Demonstrar a conformidade do SGQ com os requisitos, em situações contratuais.

1.4 - ORGANIZAÇÃO

As disposições do Manual de gestão do Laboratório são detalhadas e complementadas em procedimentos que descrevem mais pormenorizadamente a resposta do laboratório face aos requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade. Os Procedimentos Técnicos - PT descrevem o modo de realizar as atividades técnicas.

A estrutura documental do Sistema da Qualidade [bem como a Gestão do MGL e Controlo de Cópias](#) encontra-se descrita no:

PQ001 – Controlo de documentos [e registos](#).

CAPÍTULO 2 – REFERÊNCIAS NORMATIVAS

Os documentos tomados como referência para a elaboração do presente Manual de gestão do Laboratório que contêm indicações relevantes e aplicáveis aos restantes documentos do Sistema de Gestão do Laboratório estão indicados [na Lista de Documentos externos do Laboratório](#).

O Laboratório refere a edição mais recente dos referidos documentos, sendo que, relativamente às referências não datadas, aplica-se a última edição do documento em causa.

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO DA EMPRESA

A REDINSPAL foi constituída e autorizada a exercer a sua atividade em 2001 e apresenta como objeto social “a inspeção a instalações e redes e ramais de gás; inspeção a instalações e equipamentos de combustíveis; inspeção de equipamentos sob pressão para ar comprimido; inspeção de equipamentos sob pressão transportáveis; inspeção de equipamentos sob pressão para combustíveis; inspeção de equipamentos sob pressão para vapor; inspeção de infraestruturas de telecomunicações; inspeção de comportamento térmico de edifícios; avaliação e certificação acústica; consultoria técnica, formação técnico-profissional; análises técnicas; realização de ensaios não destrutivos”. Acreditada desde 2003 pela NP EN ISO/IEC 17020, no âmbito das inspeções e análise de projetos de instalações de gás. Ao longo dos anos efetuou novas extensões em diversos âmbitos no mesmo referencial. Ainda no âmbito do referencial 17020, desde janeiro de 2022 realiza Ensaios Não Destrutivos no enquadramento das inspeções e envolvendo técnicas de Medição de Espessuras, Líquidos Penetrantes e Magnetoscopia.

Em dezembro de 2022 deu início ao processo de acreditação no referencial NP EN ISO/IEC 17025 para os ensaios não destrutivos

3.1 - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

MGL2

Nome: *Redinspal – Consultoria e Inspeções Técnicas Lda*

Morada: *Rua do Rego Lameiro, n.º 50 – R/C*

Localidade: *Porto*

Código postal: *4300-454*

Telefone: *225 193 320*

Telemóvel: *962 000 623*

Site: *www.redinspal.com*

e-mail: *geral.porto@redinspal.com*

Estatuto legal:

NIF: 505 115 913

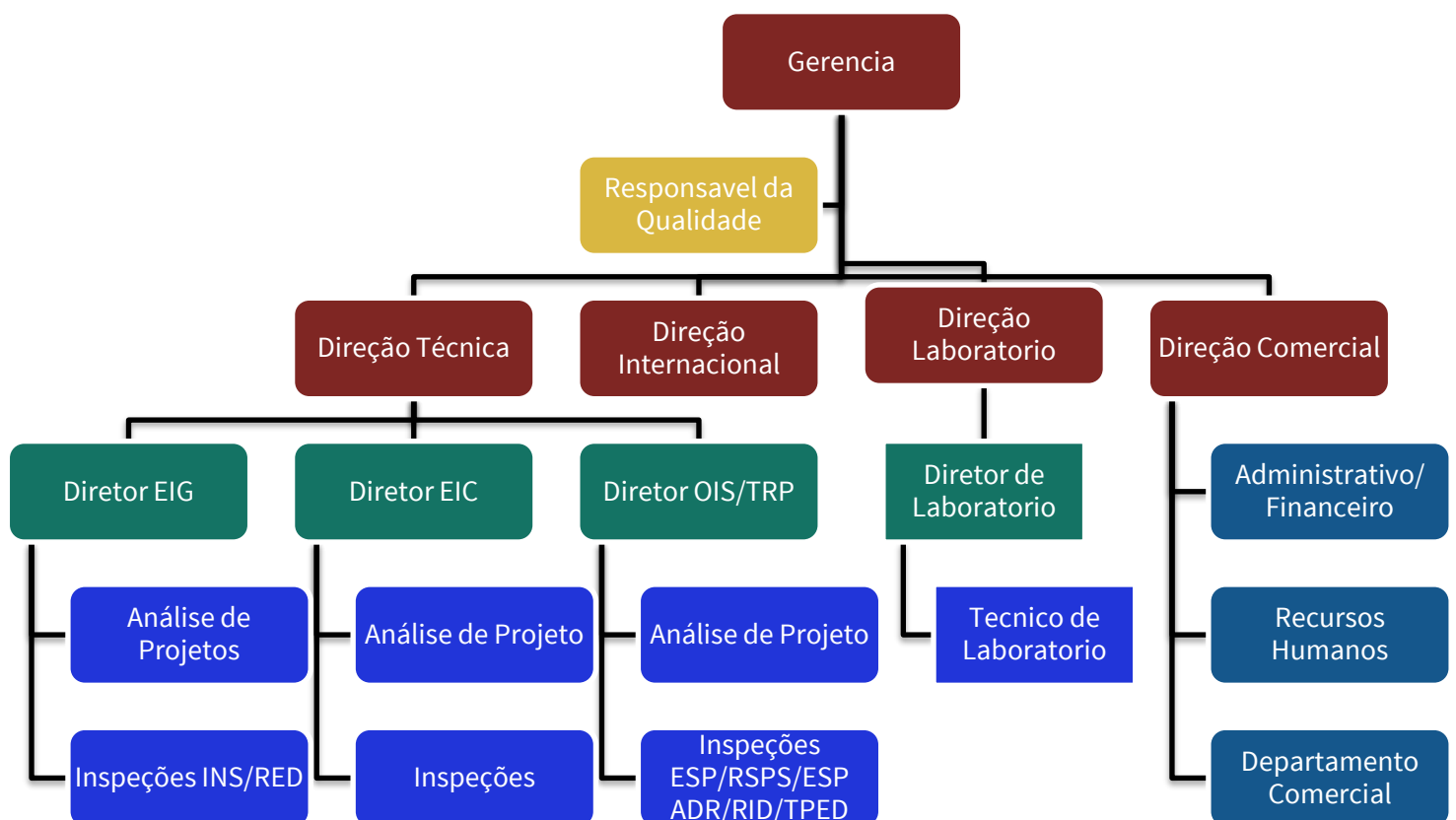
CAE: 71200 – R3

3.2 - CAMPOS DE ACTIVIDADE E OBJECTIVOS

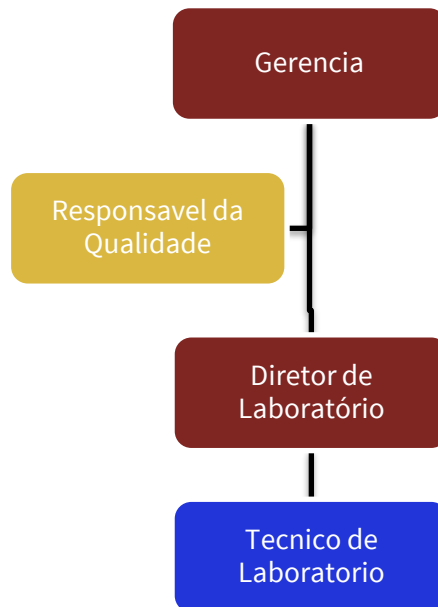
Realização de ensaios não destrutivos

3.3 - ORGANIGRAMA

3.3.1 Organigrama da Redinspal



3.3.2 Organigrama do Laboratório



Documentos Relacionados
Lista de Colaboradores

CAPÍTULO 4 – REQUISITOS GERAIS

4.1. IMPARCIALIDADE E INDEPENDÊNCIA

O laboratório implementou os meios necessários para garantir a imparcialidade e a resolução de conflitos de interesses, de modo a não influenciarem de forma adversa as suas atividades laboratoriais.

A Gerência do laboratório compromete-se com a imparcialidade ao promulgar o Manual de Gestão Qualidade do Laboratório, garantindo que qualquer tomada de decisões será sempre feita com a imparcialidade requerida pelo Sistema de Gestão. O mesmo compromisso é assumido na Política da Qualidade. O laboratório analisa de forma continuada todas as atividades que envolvem o laboratório, os seus relacionamentos e os relacionamentos do seu pessoal. Dessa análise resulta a identificação das situações que possam ter influência sobre a imparcialidade do laboratório e/ou do seu pessoal, as quais são geridas como riscos à imparcialidade do laboratório de acordo com o descrito na tabela de riscos à imparcialidade.

Sempre que sejam identificados riscos à imparcialidade o laboratório implementa ações com vista à sua eliminação ou minimização.

- Todos os colaboradores têm conhecimento do Manual de gestão do Laboratório e da Política da Qualidade.
- Foi ministrada formação a todos os colaboradores como forma de sensibilização para a necessidade de garantir a imparcialidade nas atividades laboratoriais.
- Todos os colaboradores assinam uma declaração comprometendo-se com os princípios adotados pelo laboratório para garantir a imparcialidade (Declaração de independência e confidencialidade).
- Os colaboradores do laboratório têm contratos de trabalho, independentes do nº de ensaios realizados.

4.2. CONFIDENCIALIDADE

O laboratório responsabiliza-se pela gestão e garante a confidencialidade de toda a informação, obtida ou gerada no decurso das suas atividades laboratoriais, e que ainda não tenha sido colocada no domínio público pelos seus clientes ou para a qual não tenha havido um acordo prévio com os mesmos nesse sentido.

Todo o pessoal que possa ter acesso à informação em causa (pessoal do laboratório, estagiários, fornecedores externos ou outro pessoal que atue em nome do laboratório), compromete-se com a confidencialidade mediante a assinatura de uma declaração ([Declaração de independência e confidencialidade](#)).

Estão dispensadas desta prática as informações cedidas às entidades regulamentadoras do sector, bem como ao IPAC. Para além disso o laboratório implementou diversos mecanismos que garantem a confidencialidade da informação:

- O acesso ao laboratório e a quaisquer dados é restrito a pessoal autorizado.
- A permanência de pessoal autorizado, externo ao laboratório, só é permitida mediante acompanhamento de pessoal do laboratório.
- Não é permitida a captação de som e imagem no laboratório sem autorização prévia da Gerência.
- Todos os computadores têm senhas de acesso, só disponibilizadas ao pessoal do laboratório.

Se, por disposição legal ou contratual for solicitado ao laboratório que disponibilize informação confidencial, o laboratório notifica o cliente da informação disponibilizada, a menos que seja proibido por lei.

Sempre que o laboratório tenha acesso a informações sobre o cliente, provenientes de outras fontes que não o próprio (por exemplo, reclamante, autoridades reguladoras, etc), estas serão mantidas confidenciais entre o cliente e o laboratório. O laboratório não revelará a fonte destas informações ao cliente, a menos que autorizado pela mesma.

DOCUMENTOS ASSOCIADOS

Tabela de riscos à imparcialidade

Declaração de Independência e confidencialidade

CAPÍTULO 5 – REQUISITOS DE ESTRUTURA

5.1 - PERSONALIDADE JURÍDICA

O Laboratório Redinspal é parte integrante da Redinspal Lda que é uma sociedade por quotas, com existência legal comprovada por registo na Conservatória do Registo Comercial Porto. A sociedade foi constituída e tem a identificação de pessoa coletiva n.º.505115913

5.2 - IDENTIFICAÇÃO DA GESTÃO

Os colaboradores reportam hierarquicamente à Gerência a quem compete a gestão em termos administrativos, financeiros e de recursos humanos. À Gerência cabe ainda a responsabilidade de decisão sobre as políticas, bens e recursos necessários à obtenção e manutenção da acreditação do Laboratório.

Esta função é desempenhada por Maria de Fátima Simões incluindo a aprovação do manual de gestão do Laboratório e dos procedimentos de gestão, a presença nas auditorias internas e externas, condução das revisões pela gestão e aquisição de bens e recursos. Desta forma, evidencia-se o comprometimento da Gestão do laboratório com o desenvolvimento e implementação do sistema de gestão e com a melhoria contínua.

5.3 - ACTIVIDADES LABORATORIAIS

O laboratório atua na área dos ensaios não destrutivos. Os métodos de ensaio implementados pelo laboratório e que cumprem os requisitos da ISO IEC 17025 encontram-se listados na Tabela de preços em vigor.

5.4 – REQUISITOS APLICÁVEIS ÀS ACTIVIDADES LABORATORIAIS

As atividades do laboratório são executadas nas instalações do cliente. No entanto o laboratório possui instalações permanentes, em Rua Rego Lameiro, 50 RC – 4300-454 Porto, de modo a cumprir os requisitos da ISO IEC 17025, a legislação sectorial, os requisitos dos seus clientes e do Organismo Nacional de Acreditação.

5.5 – ESTRUTURA, RESPONSABILIDADES E DOCUMENTAÇÃO

O Laboratório tem a sua organização descrita no organograma estrutural no Capítulo 3 deste Manual. Está ainda descrito no Quadro de pessoal quem assegura cada função constante neste organograma.

O laboratório assegura a implementação de um Sistema de Gestão estruturado para cumprir com os requisitos da norma ISO/IEC 17025, cujos procedimentos se encontram documentados, comunicados, compreendidos e disponíveis para implementação por todos os seus colaboradores.

5.5.1 - RESPONSABILIDADES E DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES

As funções existentes no laboratório bem como as respetivas responsabilidades encontram-se descritas no [procedimento PQ.008 Pessoal](#) e estão de acordo com o organograma.

5.5.2 - REGIME DE SUBSTITUIÇÕES

As substituições ocorrem em situações de ausência ou por determinação da Direção Técnica, de acordo com a Matriz de [Responsabilidades e Qualificações](#).

5.6 - GESTÃO DA QUALIDADE

A Gerência do laboratório garante que todo o pessoal tem a autoridade e os recursos necessários para o desempenho das funções que lhe estão cometidas e anteriormente referidas neste documento.

5.7 - COMUNICAÇÃO E GESTÃO DA MUDANÇA

A Gerência assegura a comunicação a respeito da eficácia do sistema de gestão e sobre a importância de cumprir com os requisitos dos clientes e outros requisitos, por meio de diversos canais de comunicação (por exemplo através de reuniões) privilegiando, sempre que possível, o registo da informação veiculada, permitindo assim uma melhoria continuada da eficácia do sistema da Qualidade. A Gerência assegura ainda que será mantida a conformidade do Sistema de Gestão mesmo que sejam planeadas mudanças através do envolvimento dos principais responsáveis na revisão do Sistema de Gestão do Laboratório

DOCUMENTOS ASSOCIADOS

Tabelas de preços

Lista de Colaboradores

Matriz de Responsabilidades e Qualificação

[PQ.008 –Pessoal](#)

CAPÍTULO 6 – REQUISITOS DOS RECURSOS

6.1 – GENERALIDADES

O Laboratório dispõe de pessoal, instalações, equipamentos, sistemas e serviços de suporte necessários à gestão e à execução das atividades do laboratório.

6.2 – PESSOAL

A gestão do pessoal do Laboratório, interno ou externo, é feita de forma a garantir a sua atuação de forma imparcial, com a competência adequada e em conformidade com o Sistema de Gestão do Laboratório de acordo com o estabelecido no PQ.008 Pessoal

6.3 - INSTALAÇÕES E CONDIÇÕES AMBIENTAIS

O Laboratório tem instalações permanentes no Porto, e quer as instalações quer as condições ambientais são adequadas a manutenção dos equipamentos requeridos aos ensaios.

As atividades de ensaios são realizadas nas instalações do cliente, sendo assegurada nas instalações permanentemente o arquivo de registos e manutenção do equipamento em condições de operacionalização.

Documentos associados

PQ.010 – [Controlo EME](#)

6.5 RASTREABILIDADE METROLÓGICA

O Laboratório assegura a rastreabilidade metrológica dos seus resultados através de uma cadeia ininterrupta e documentada de calibrações, cada uma contribuindo para a incerteza de medição, relacionando os resultados com uma

referência adequada.

Esta cadeia é estabelecida através da calibração externa dos seus equipamentos por entidades competentes (laboratórios de calibração acreditados segundo a ISO 17025), da participação em ensaios de aptidão e /ou comparações interlaboratoriais.

DOCUMENTOS ASSOCIADOS

PQ.010 - [Controlo EME](#)

6.6 PRODUTOS E SERVIÇOS DE FORNECEDORES EXTERNOS

O Laboratório assegura a adequabilidade dos produtos e serviços de fornecedores externos que afetam as atividades do laboratório.

A metodologia para a aquisição de produtos e serviços é descrita no procedimento PQ.006 – Fornecedores.

CAPÍTULO 7 – REQUISITOS DOS PROCESSOS

7.1 ANÁLISE DE CONSULTAS, PROPOSTAS E CONTRATOS

Está previsto no PQ.005 – Consultas, propostas e contratos o modo como é tratado um pedido de uma consulta, proposta ou contrato, garantindo assim que o pedido é analisado, sendo aceite ou não conforme haja capacidades e recursos para o satisfazer.

7.2 - SELECÇÃO, VERIFICAÇÃO E VALIDAÇÃO DE MÉTODOS

O laboratório utiliza métodos e procedimentos adequados às suas atividades laboratoriais, garantido o cumprimento do definido na legislação aplicável à avaliação da qualidade das suas áreas de atuação.

Os métodos de ensaio seguidos por rotina no Laboratório baseiam-se em grande parte em Normas nacionais e internacionais.

Documentos Associados

PT. 004 - Validação do Método

7.3 - AMOSTRAGEM

O laboratório não procede à amostragem no âmbito da acreditação.

7.4 MANUSEAMENTO DE ITENS DE ENSAIO

[Não são feitos ensaios sob amostras nas instalações do Laboratório. Durante a realização dos ensaios nas instalações do cliente devem ser tomadas medidas para evitar deterioração, contaminação, perda ou danos do item de ensaio durante o manuseamento.](#)

[A Identificação dos itens a ensaiar é fornecida pelo cliente, caso isso não se verifique, o Laboratório deve identificar inequivocamente os mesmos.](#)

[Quando existirem dúvidas sobre a adequação de um item para ensaio, ou quando o item não corresponde com a descrição fornecida, o laboratório deve, antes de iniciar o trabalho, pedir instruções adicionais ao cliente e registar os resultados desta consulta.](#)

7.5 REGISTOS TÉCNICOS

O laboratório conserva registos das suas atividades laboratoriais com informação suficiente para, sempre que possível, permitam identificar os fatores de influência do resultado de medição e da respetiva incerteza e permitam repetir os ensaios em condições, tão próximas quanto possível das originais.

Documentos Associados

[PQ.001 – Controlo de Documentos e registos](#)

7.6 AVALIAÇÃO DA INCERTEZA DE MEDIÇÃO

O laboratório tem definidas as linhas de orientação para a determinação da incerteza da medição, nos casos em que é avaliada. São identificadas as fontes de incerteza que afetam os resultados da medição nos ensaios.

A estimativa da incerteza apenas é efetuada para os métodos quantitativos e é calculada de acordo com o Fontes de

Incertezas e com Guias sectoriais para o cálculo da incerteza de medição.

Documentos Associados

PT.005 Incerteza de Medição

7.7 ASSEGURAR A VALIDADE DOS RESULTADOS

Sempre que possível, o laboratório compara os seus resultados com outros laboratórios, participando para o efeito em ensaios de aptidão ou outros tipos de ensaios interlaboratoriais. Se os resultados da análise dos dados da monitorização estiverem fora dos critérios predefinidos, o laboratório desencadeia mecanismos que evitam a apresentação de resultados incorretos, nomeadamente a aplicação do PQ.003 – Trabalho não conforme e ações corretivas.

7.8 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Todos os resultados emitidos pelo laboratório são efetuados de acordo com o preconizado no ponto 6 da PQ.005 – Consulta Propostas, Contratos e Apresentação de Resultados.

7.9 RECLAMAÇÕES

O Laboratório considera como reclamação, todas as manifestações de insatisfação pelos serviços prestados, quer sejam verbais ou escritos, que sejam apresentados por clientes ou terceiros.

As reclamações são encaradas como oportunidades de Melhoria e como uma forma de compromisso com os clientes e com o SQ.

O Procedimento da Qualidade PQ.007 - Reclamações define a metodologia de gestão das reclamações que se referem às atividades laboratoriais

7.10 TRABALHO NÃO CONFORME

O procedimento PQ.003– Trabalho não-conforme e ações corretivas define as responsabilidades e autoridades para a gestão do trabalho não conforme bem como a metodologia adotada.

7.11 CONTROLO DE DADOS E GESTÃO DA INFORMAÇÃO

O laboratório tem acesso aos dados e à informação necessária para realizar as suas atividades.

É assegurada a gestão da informação do laboratório, no que respeita à recolha, processamento, registo, transmissão, armazenamento ou recuperação de dados.

Cada pessoa que trabalha no laboratório possui uma password e login para entrada no software. Esta password dá acesso a um perfil que é definido pela Gerência e permite a cada um, fazer a introdução dos resultados dos ensaios para o software.

Os cálculos e fórmulas (em folhas excel) são devidamente validados pela descrição das fórmulas usadas e uma comparação dos resultados obtidos automaticamente com os espectáveis face à introdução de um conjunto de dados conhecidos.

São feitas cópias de segurança diariamente, ficando armazenadas em servidor próprio.

Todos os computadores têm palavra-passe e os que se encontram ligados à internet têm antivírus devidamente atualizados.

As folhas de cálculo encontram-se devidamente protegidas com as células contendo fórmulas truncadas.

8.1 OPÇÕES

O sistema de gestão do laboratório encontra-se implementado de acordo com a Opção A da NP EN ISO/IEC 17025 e inclui:

- Documentação do sistema de gestão (8.2);
- Controlo de documentos do sistema de gestão (8.3);
- Controlo de registos (8.4);
- Ações para tratar riscos e oportunidades (8.5);
- Melhoria (8.6);
- Ações corretivas (8.7);

- Auditorias internas (8.8);
- Revisões pela gestão (8.9)

8.2 DOCUMENTAÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO

A Gestão do Laboratório estabeleceu a Política da Qualidade, que pauta o seu funcionamento e que é de conhecimento e aplicação transversal por todo o pessoal do laboratório.

A gerência compromete-se a garantir os meios necessários para a sua aplicação de forma transversal em todo o laboratório.

Declaração da Política da Qualidade

A Política da Qualidade do Laboratório segue os seguintes princípios:

- Executar os ensaios de acordo com as especificações das normas vigentes;
- Executar um serviço rigoroso, rápido e com qualidade;
- Garantir a imparcialidade e independência a todos os níveis;
- Garantir o sigilo profissional em todas as informações;
- Cumprir os requisitos dos clientes;
- Estabelecer e avaliar periodicamente os objetivos da qualidade;
- Cumprir a norma NP EN ISO/IEC 17025;
- Garantir a melhoria contínua do Sistema de Gestão do Laboratório;
- Garantir a familiarização de todo o pessoal afeto ao laboratório com a documentação da qualidade e a aplicação das políticas e procedimentos no seu trabalho;
- Proporcionar formação adequada ao seu pessoal para um melhor desempenho;
- Construir um clima de bem-estar para os seus colaboradores;
- Ter em atenção e minimizar o impacto ambiental decorrente da sua atividade;
- Ser um Laboratório de referência no mercado.

O Laboratório tem como objetivo principal a satisfação do cliente, dentro dos parâmetros de qualidade definidos pelas entidades nacionais responsáveis pela acreditação, tendo como prioridade a prestação de serviços com o máximo de rigor, imparcialidade e consistência. Periodicamente, quando da Revisão do SG pela gestão, são definidos e revistos objetivos específicos que visam garantir estes propósitos. Estes objetivos, sempre que possível, deverão estar suportados em indicadores mensuráveis ou quantificáveis.

A Gerência, a Responsável da Qualidade e a Direcção Técnica comprometem-se a fazer cumprir as determinações constantes neste Manual de Gestão e estão cientes da relevância e importância das suas atividades e como devem contribuir para a concretização dos objetivos dispostos no Sistema de Gestão.

A Gerência assegura que a comunicação é estabelecida através da sua permanência no laboratório, com contacto direto com todos os colaboradores e através de reuniões técnicas sempre que necessário, permitindo assim uma melhoria continuada da eficácia do sistema da Qualidade.

Os técnicos envolvidos nas atividades laboratoriais estão devidamente elucidados de forma a garantir a confidencialidade dos resultados, bem como a responsabilidade do trabalho que lhes é incutido.

Todo o pessoal envolvido em atividades do laboratório tem acesso às partes da documentação do sistema de gestão e informação relacionada, que são aplicáveis às suas responsabilidades.

Toda a documentação relacionada com o cumprimento dos requisitos da norma ISO/IEC 17025 está incluída, referenciada, ou indexada ao sistema de gestão implementado.

8.3 CONTROLO DE DOCUMENTOS DO SISTEMA DE GESTÃO

A identificação dos documentos internos, a forma como são elaborados, aprovados, emitidos, revistos, a forma como é identificado o seu estado de revisão, como são distribuídos e controlados, a responsabilidade pela sua atualização e divulgação, é definida no procedimento – PQ.001 Controlo dos Documentos e [Registos](#)

Este procedimento também refere a metodologia para controlo dos documentos externos.

O levantamento dos documentos externos relevantes para as atividades laboratoriais do laboratório encontra-se na

Lista de documentos externos.

A lista de documentos internos do laboratório e o seu estado de atualização encontra-se no impresso 15 Quadro de controlo de revisão de documentos

8.4 CONTROLO DE REGISTOS

Todos os registos estão armazenados em locais facilmente acessíveis a todo o pessoal do Laboratório, com garantia de confidencialidade e segurança.

O procedimento [PQ.001 Controlo dos Documentos e Registos](#), referem a rotina do controlo dos registos incluindo a sua identificação, proteção, arquivo, recuperação, tempo de retenção e eliminação dos registos.

8.5 AÇÕES PARA TRATAR RISCOS E OPORTUNIDADES

O levantamento de riscos é efetuado com base na análise feita ao Sistema de Gestão do Laboratório, durante a sua revisão pela Gestão. A identificação de riscos e oportunidades é feita tendo como fim:

- Assegurar que o sistema de gestão alcança os resultados pretendidos;
- Aumentar as oportunidades para atingir o propósito e os objetivos do laboratório;
- Prevenir, ou reduzir, impactos indesejáveis e potenciais falhas nas atividades do laboratório;
- Obter melhoria.

Esta análise é feita no mínimo anualmente, com todo o pessoal do Laboratório. Em qualquer outro momento em que se considere necessário, no decorrer de toda a atividade do laboratório, podem ser identificados riscos e oportunidades, por qualquer colaborador do Laboratório.

Os riscos e oportunidades identificadas e as respetivas ações devem ser registados no Impresso 30 Matriz de riscos e oportunidades. Na referida matriz também é feito o acompanhamento da implementação das ações bem como a avaliação da eficácia.

8.6 MELHORIA

O Laboratório tem por política melhorar continuamente a eficácia do seu Sistema da Qualidade através dos resultados das auditorias (internas ou externas), das ações corretivas, da análise de tendências, da análise de risco, das reclamações, do retorno da satisfação dos seus clientes e pessoal, da análise do desempenho da atividade de ensaio e do uso dos objetivos e políticas da qualidade.

No decorrer da análise destes itens durante a Revisão pela Gestão ou sempre que se justifique, deverão ser definidos e implementados objetivos de melhoria da eficácia do Laboratório.

Anualmente, quando da revisão do SGL, é apresentado à Gerência o balanço das ações de melhoria implementadas bem como a sua eficácia, ficando essa análise expressa na ata da revisão do SG.

8.7 AÇÕES CORRETIVAS

Face a uma não conformidade, o laboratório reage à não conformidade e, caso se justifique, implementa correções e aborda as consequências de acordo com PQ.003 – Trabalho não conforme e ações corretivas.

8.8 AUDITORIAS INTERNAS

A metodologia para a realização das auditorias internas encontra-se descrita no procedimento PQ.004 – Auditorias internas.

8.9 REVISÃO PELA GESTÃO

A revisão pela Gestão é efetuada anualmente, a fim de garantir a adequação e eficácia e introduzir melhorias continuadas. A Gestão agenda a reunião de Revisão do Sistema de Gestão com o DT, o RQ e com quem mais achar necessário.

Na revisão deverá ser analisada informação sobre:

- a) Alterações, das envolventes internas e externas, relevantes para o laboratório;
- b) Cumprimento dos objetivos;

- c) Adequação das políticas e procedimentos;
- d) Estado das ações resultantes de anteriores revisões pela gestão;
- e) Resultados de auditorias internas recentes;
- f) Ações corretivas;
- g) Avaliações realizadas por organismos externos;
- h) Alterações do volume e tipo de trabalho ou no tipo de atividades do laboratório;
- i) Retorno de informação dos clientes e do pessoal;
- j) Reclamações;
- k) Eficácia de quaisquer melhorias implementadas;
- l) Adequabilidade dos recursos;
- m) Resultados da identificação de riscos;
- n) Conclusões da garantia da validade dos resultados;
- o) Outros fatores relevantes, como atividades de monitorização e de formação.

Como resultado desta análise são fixados os objetivos de melhoria da eficácia do Laboratório e as ações a desenvolver com vista a alcançar esses objetivos, a avaliação de oportunidades de melhoria e as necessidades de alterações do sistema de gestão da qualidade, incluindo a política da qualidade. Inclui ainda todas as decisões e ações relativas a:

- a) Melhoria da eficácia do sistema de gestão da qualidade e dos seus processos;
- b) Melhorias relacionadas com sugestões do cliente;
- c) Necessidade de recursos (humanos e materiais)

Os resultados e conclusões desta Revisão são registados pelo RQ (Ata Revisão pela gestão) e aprovados pela Gerência e posteriormente são dados a conhecer ao pessoal do Laboratório.

Capítulo	Descrição da Revisão	Rev.	Data
	Versão Inicial	1	15/11/2022
Todos capítulos	Revisão geral	2	10/08/2023