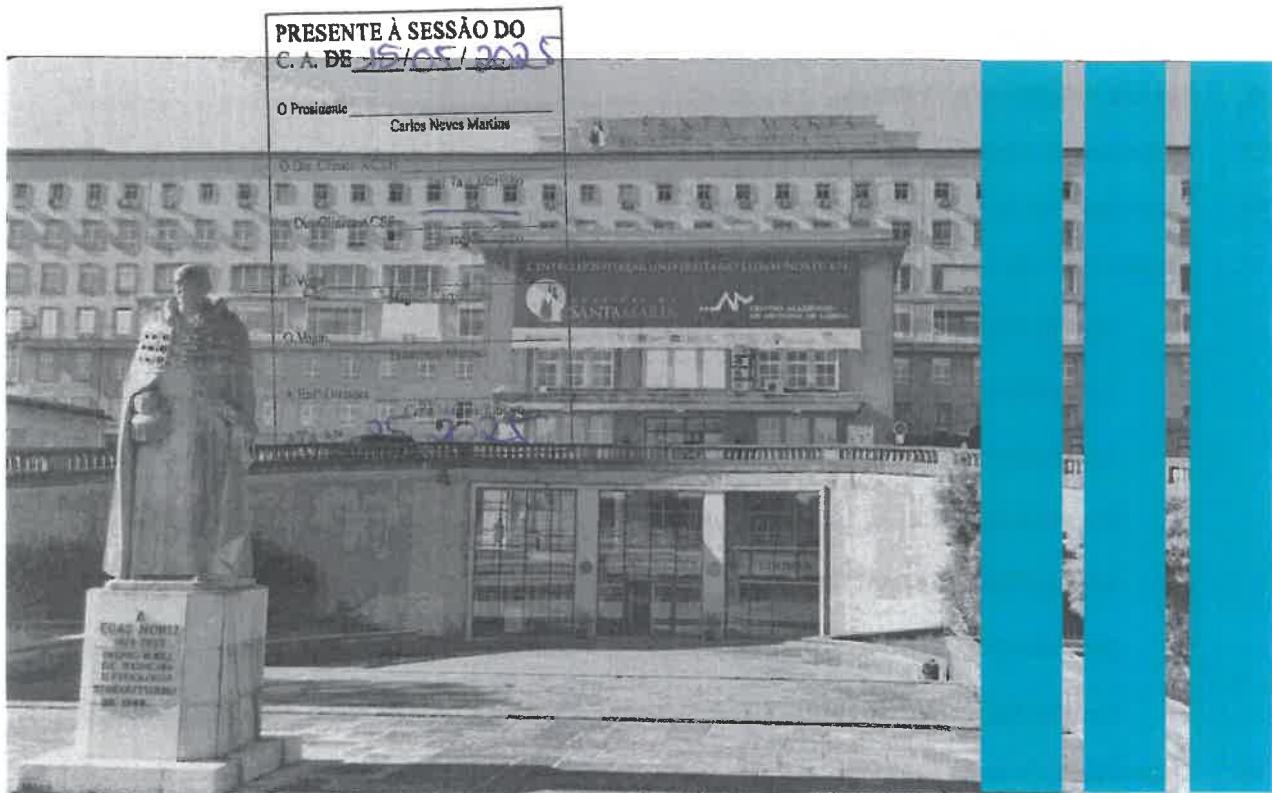


# Relatório do Governo Societário | 2024



## UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA E.P.E.



O C.A. aprova

## Índice

<b>I.</b>	<b>Síntese (Sumário Executivo).....</b>	<b>6</b>
<b>II.</b>	<b>Missão, Objetivos e Políticas .....</b>	<b>9</b>
<b>III.</b>	<b>Estrutura de capital .....</b>	<b>20</b>
<b>IV.</b>	<b>Participações Sociais e Obrigações detidas.....</b>	<b>21</b>
<b>V.</b>	<b>Órgãos Sociais e Comissões .....</b>	<b>22</b>
	<b>A.      Modelo de Governo .....</b>	<b>22</b>
	<b>B.      Assembleia Geral .....</b>	<b>22</b>
	<b>C.      Administração e Supervisão.....</b>	<b>23</b>
	<b>D.      Fiscalização.....</b>	<b>53</b>
	<b>E.      Revisor Oficial de Contas (ROC).....</b>	<b>57</b>
	<b>F.      Conselho Consultivo (caso aplicável).....</b>	<b>59</b>
	<b>G.      Auditor Externo (caso aplicável).....</b>	<b>59</b>
<b>VI.</b>	<b>Organização Interna .....</b>	<b>61</b>
	<b>A.      Estatutos e Comunicações .....</b>	<b>61</b>
	<b>B.      Controlo interno e Prevenção de Riscos.....</b>	<b>62</b>
	<b>C.      Regulamentos e Códigos.....</b>	<b>71</b>
	<b>D.      Deveres especiais de informação.....</b>	<b>75</b>
	<b>E.      Sítio na Internet.....</b>	<b>77</b>
	<b>F.      Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral (caso aplicável).....</b>	<b>79</b>
<b>VII.</b>	<b>Remunerações.....</b>	<b>81</b>
	<b>A.      Competência para a Determinação .....</b>	<b>81</b>
	<b>B.      Comissão de Fixação de Remunerações.....</b>	<b>82</b>
	<b>C.      Estrutura das Remunerações.....</b>	<b>82</b>
	<b>D.      Divulgação das Remunerações.....</b>	<b>84</b>
<b>VIII.</b>	<b>Transações com partes Relacionadas e Outras .....</b>	<b>87</b>
<b>IX.</b>	<b>Análise de Sustentabilidade da Empresa nos Domínios: Económico, Social e Ambiental ....</b>	<b>90</b>
<b>X.</b>	<b>Avaliação do Governo Societário.....</b>	<b>106</b>

## Índice de quadros:

Quadro 1 – Práticas de Bom Governo .....	7
Quadro 2 – Centros de Referência do ULSSM .....	10
Quadro 3 – Acompanhamento ao Contrato Programa SNS 2024 .....	14
Quadro 4 – Acompanhamento Incentivos Institucionais 2024 .....	16
Quadro 5 – Evolução do capital estatutário da ULSSM.....	20
Quadro 6 – Composição do Conselho de Administração .....	24
Quadro 7 – Composição do Conselho de Administração 2024-2026 .....	24
Quadro 8 – Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas .....	28
Quadro 9 – Acumulação de funções.....	29
Quadro 10 – Composição do Conselho Fiscal 2017-2019 .....	55
Quadro 11 – Composição do Conselho Fiscal 2024-2026 .....	55
Quadro 12 – Número de anos em que o ROC exerce funções na entidade/grupo .....	58
Quadro 13 – Remuneração do ROC relativa ao ano de 2024.....	58
Quadro 14 – Montante anual da remuneração auferida pelos membros do Conselho de Administração .....	84
Quadro 15 – Montante anual da remuneração auferida pelos membros do órgão de fiscalização.....	86
Quadro 16 – Lista Fornecedores .....	89
Quadro 17 – Áreas de Formação .....	96
Quadro 18 – Formação no âmbito da Serviços de Segurança .....	96

## SIGLAS

<b>ACES</b>	Agrupamento de Centros de Saúde
<b>ACSS</b>	Administração Central do Sistema de Saúde
<b>AESE</b>	Escola de Direção e Negócios
<b>ARSLVT</b>	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
<b>CA</b>	Conselho de Administração
<b>CAGEP</b>	Curso Avançado para Gestores Públicos
<b>CCP</b>	Código dos Contratos Públicos
<b>CEAH</b>	Curso de Especialização em Administração Hospitalar
<b>CP</b>	Contrato Programa
<b>CPLP</b>	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
<b>CTH</b>	Consulta a Tempo e Horas
<b>CTT</b>	Correios e Telecomunicações de Portugal
<b>DGO</b>	Direção Geral do Orçamento
<b>DGS</b>	Direção Geral de Saúde
<b>DGTF</b>	Direção Geral de Tesouro e Finanças
<b>EGA</b>	Equipa de Gestão de Altas
<b>ENSP</b>	Escola Nacional de Saúde Pública
<b>EPE</b>	Entidade Pública Empresarial
<b>ERS</b>	Entidade Reguladora de Saúde
<b>ETC</b>	Equivalente a Tempo Completo
<b>FDL</b>	Faculdade de Direito de Lisboa
<b>IDG</b>	Índice de Desempenho Global
<b>INA</b>	Direcção Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções Públicas
<b>ICM</b>	Índice de Case-Mix
<b>IGF</b>	Inspeção-Geral de Finanças
<b>INFARMED</b>	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
<b>LAC</b>	Livre Acesso e Circulação de Utentes no Serviço Nacional de Saúde
<b>LEC</b>	Lista de Espera para a Consulta
<b>LIC</b>	Lista Inscritos na Cirurgia
<b>MCDT</b>	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
<b>PPRCIC</b>	Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
<b>RGPD</b>	Regulamento Geral de Proteção de Dados

<b>RGS</b>	Relatório de Governo Societário
<b>RJSPE</b>	Regime Jurídico do Setor Público Empresarial
<b>RNCCI</b>	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
<b>ROC</b>	Revisor Oficial de Contas
<b>SIADAP</b>	Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública
<b>SICA</b>	Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento
<b>SIGEF</b>	Sistema de Informação para a Gestão Económico Financeira
<b>SIRIEF</b>	Sistema de Recolha de Informação Económico-Financeira
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>SPMS</b>	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
<b>TMRG</b>	Tempos Máximos de Resposta Garantidos
<b>UNL</b>	Universidade Nova de Lisboa
<b>UOCF</b>	Unidade Operacional de Controlo Financeiro
<b>ULS</b>	Unidade Local de Saúde
<b>ULSSM</b>	Unidade Local de Saúde de Santa Maria
<b>UTAM</b>	Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial

## I. Síntese (Sumário Executivo)

*1 A síntese ou sumário executivo deve permitir a fácil percepção do conteúdo do relatório e, em particular, mencionar as alterações mais significativas em matéria de Boas Práticas de Governo Societário adotadas em 2024.*

O presente Relatório sobre o Governo Societário no exercício de 2024 é elaborado nos termos do artigo 54.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 75-A/2014, de 30 de setembro, e pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro. O documento cumpre igualmente as orientações emanadas para o efeito pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial (UTAM), refletindo a estrutura de governação da sociedade e as práticas adotadas pela empresa pública em matéria de *Corporate Governance*, no estrito cumprimento da Lei e das Boas Práticas de Gestão.

A atividade da Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E. (ULSSM), em 2024, ficou marcada por ser o primeiro ano de integração efetiva entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários.

A Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E. foi criada através do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que procedeu à reestruturação do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E., com integração do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte e do Centro de Saúde de Mafra, anteriormente integrado no Agrupamento de Centros de Saúde do Oeste Sul.

Esta transição, embora desafiadora, não impediu que a ULSSM continuasse a avançar com o compromisso de proporcionar cuidados de saúde de qualidade, alcançando, neste período inaugural, o maior incremento de sempre no acesso a cuidados de saúde, especialmente nas áreas da consulta externa e da atividade cirúrgica.

Apesar dos desafios da mudança de estrutura, a ULSSM manteve firme o compromisso com as práticas de bom governo preconizadas no capítulo II do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial (RJSPE). Este Relatório tem por objetivo comunicar ao titular da função acionista, o Estado, e ao público em geral, informação pertinente sobre a estrutura de governação e as práticas adotadas pela instituição, assegurando o respeito pelos procedimentos internos de controlo e a auditabilidade permanente das suas ações, mesmo durante este período de transição.

O presente documento apresenta o modelo de governação da ULSSM, avaliando os princípios de bom governo implementados, nomeadamente o grau de observância das orientações, objetivos, obrigações e responsabilidades estabelecidas. São ainda abordados o cumprimento dos princípios de responsabilidade social, ambiental e de desenvolvimento económico sustentável, a estrutura organizacional definida e os

instrumentos de gestão operacionalizados. Merecem particular destaque os eixos do princípio da transparência, do controlo de risco, da prevenção de conflitos de interesse, bem como da melhoria e reforço contínuo dos instrumentos que promovem a excelência do governo societário.

*2 Da tabela a incluir constará a informação seguinte:*

**Quadro 1 – Práticas de Bom Governo**

CAPÍTULO II do RJSPE – Práticas de bom governo		sim	não
Artigo 43.º	Apresentou plano de atividades e orçamento para 2024 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponíveis	X	
Artigo 44.º	Obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de atividades e orçamento para 2024	X	
Artigo 45.º	Divulgou informação sobre estrutura acionista, participações sociais, operações com participações sociais, garantias financeiras e assunção de dívidas ou passivos, execução dos objetivos, documentos de prestação de contas, relatórios trimestrais de execução orçamental com relatório do órgão de fiscalização, identidade e currículum dos membros dos órgãos sociais, remunerações e outros benefícios	X	
Artigo 46.º	Submeteu a informação financeira anual ao Revisor Oficial de Contas, que é responsável pela Certificação Legal das Contas da empresa	X	
Artigo 47.º	Elaborou o relatório identificativo de ocorrências, ou risco de ocorrências, associado à prevenção da corrupção de 2024	X	
Artigo 48.º	Adotou um código de conduta ética e divulgou o documento	X	
Artigo 49.º	Tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada	X	
Artigo 50.º	Prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiental	X	
Artigo 51.º	Implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade	X	
	Declarou a independência de todos os membros do órgão de administração e que os mesmos se abstêm de participar nas decisões que envolvam os seus próprios interesses	X	

CAPÍTULO II do RJSPE – Práticas de bom governo		sim	não
Artigo 52.º	Declarou que todos os membros do órgão de administração cumpriram a obrigação de declararem as participações patrimoniais e relações suscetíveis de gerar conflitos de interesse ao órgão de administração, ao órgão de fiscalização e à IGF		X
Artigo 53.º	Providenciou no sentido de que a UTAM tenha condições para que toda a informação a divulgar possa constar do sítio na internet da Unidade Técnica	X	
Artigo 54.º	Apresentou o relatório do órgão de fiscalização em que é aferido constar do relatório anual de práticas de governo societário informação atual e completa sobre todas as matérias tratadas no Capítulo II do RJSPE (boas práticas de governação)		X

## II. Missão, Objetivos e Políticas

1. Indicação da missão e da forma como é prosseguida, assim como da visão e dos valores que orientam a empresa (vide artigo 43.º do RJSPE).

A ULSSM tem como propósito prestar cuidados de saúde de elevada qualidade, com eficiência, eficácia e equidade, de forma inovadora, e centrada na pessoa, atuando na prevenção da doença e promoção da saúde, melhorando o bem-estar da nossa comunidade.

A estratégia da ULSSM segue a orientação nacional, priorizando a execução das políticas de saúde emanadas pelo Governo e pela DGS, pautando a sua atividade na melhoria dos resultados em saúde em termos de acesso, qualidade e eficiência, assente numa gestão rigorosa, responsável e transparente.

No domínio ambiental, a ULSSM adota princípios de responsabilidade social e sustentabilidade, apostando na poupança de recursos naturais, na utilização de energias renováveis e na gestão eficiente de resíduos, promovendo práticas alinhadas com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Perante esta conjuntura, a definição da estratégia do ULSSM assenta nos seguintes pilares:

- Cultura organizacional centrada no cidadão;
- Qualidade e segurança do doente;
- Sustentabilidade organizacional;
- Integração de cuidados;
- Inovação, investigação e transformação digital;
- Desenvolvimento de competências.

A sua atividade contempla igualmente a investigação, a formação e o ensino, assumindo um papel relevante na qualificação dos profissionais de saúde. Neste âmbito, mantém uma estreita articulação com a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e com outras instituições académicas e de investigação, integrando o Centro Académico de Medicina de Lisboa.

A oferta assistencial da ULSSM caracteriza-se por uma carteira de serviços abrangente e altamente diferenciada, dirigida a situações clínicas com distintos níveis de complexidade. Esta oferta inclui cuidados em ambulatório (consultas dos cuidados de saúde primários e hospitalares, hospital de dia, cirurgia de ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica), internamento (incluindo hospitalização domiciliária) e urgência.

Adicionalmente, a ULSSM conta com 17 Centros de Referência, reconhecidos pelo seu elevado grau de especialização na resposta a situações clínicas específicas, suportados por equipas multidisciplinares e altamente qualificadas, assegurando cuidados de excelência.

**Quadro 2 – Centros de Referência do ULSSM**

Área de intervenção prioritária	Centros de Referência	Legislação
Epilepsia Refratária		Despacho n.º 11297/2015 de 8 de outubro
Paramiloidose Familiar		
Cardiologia de "Intervenção Estrutural"		
Cardiopatias Congénitas*		
Doenças Hereditárias do Metabolismo		
Oncologia de Adultos - Cancro do Esófago		
Oncologia de Adultos - Cancro Hepatobilio-Pancreático		Despacho n.º 3653/2016 de 11 de março
Oncologia de Adultos - Cancro do Reto		
Oncologia de Adultos - Sarcomas das Partes Moles e Ósseos		
Oncologia Pediátrica - Tumores do Sistema Nervoso Central**		
Transplantação Renal Pediátrica		
Transplante do Rim - Adulto		Despacho n.º 9414/2016 de 22 de julho
Coagulopatias Congénitas		
ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorporeal)		
Fibrose Quística		Despacho n.º 6669/2017 de 8 de fevereiro
Implantes Cocleares***		
Neurorradiologia de Intervenção na Doença Cerebrovascular (NIDC)		

\*em colaboração interinstitucional como o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E e Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa

\*\*em colaboração interinstitucional como o Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E. P. E e Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E

\*\*\*em colaboração interinstitucional como Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E. P. E, Centro Hospitalar do Porto, E. P. E e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E

Neste contexto, a definição da missão, visão e valores da ULSSM adquire uma importância central, refletindo o compromisso da instituição com a excelência no cuidado, a proximidade com as pessoas e a construção de um futuro mais saudável para todos.

A **missão** da ULSSM é contribuir para alcançar níveis concretos de saúde e bem-estar para as pessoas e comunidade, através de intervenções planeadas e organizadas para proteger e promover a saúde, prevenir e tratar a doença e a incapacidade, orientadas com base nas necessidades da população, com os recursos de que dispõe e/ou colaborando com parceiros de outros sectores para atingir essa finalidade.

Fruto de uma simbiose histórica, lógica e natural, com a Faculdade de Medicina de Lisboa, com a qual partilha instalações, recursos humanos e conhecimentos, o ensino e a formação pré e pós-graduada constituem-se como outro eixo fundamental da missão, sem prejuízo de parcerias com outras instituições académicas nacionais e internacionais, e em áreas da governança da saúde.

A **visão** da ULSSM reflete o no crescimento e desenvolvimento sustentável da ULSSM, assumindo-se como uma referência nacional e internacional na prestação de cuidados de saúde centrados no cidadão, apoiados por uma cultura organizacional de inovação, investigação e transformação, integrando cuidados de saúde, de qualidade e com segurança, promovendo a responsabilidade social e priorizando o desenvolvimento humano através do ensino e formação.

Na ULSSM todos os cidadãos estão inscritos e acedem facilmente, sempre que necessitem, aos cuidados específicos, diferenciados, globais, adequados, atempados e efetivos ao longo do ciclo de vida; prestados por serviços e equipas multiprofissionais qualificadas e motivadas; num contexto de comunicação transparente dos resultados.

Na ULSSM existe uma cultura enraizada que privilegia a qualidade e segurança dos atos clínicos praticados, a inovação dos seus processos gestionários, a excelência e competitividade nos serviços prestados, a sustentabilidade e criação de valor da sua atividade, assim como a capacidade de atrair novas competências, nomeadamente no âmbito de um processo integrado de contratualização de serviços com o exterior e de internacionalização.

Esta cultura é parte integrante de uma cultura de desenvolvimento profissional contínuo, sendo que no âmbito da ULSSM, desenvolver-se-ão projetos conjuntos de prestação de cuidados, de formação e ensino e de investigação, a nível nacional e internacional.

No cumprimento da sua missão, a ULSSM e os seus profissionais partilham os seguintes **valores** e princípios:

- **Confiança:** Com a implementação de processos transparentes, consistentes, que traduzam equidade, justiça e apresentem respostas, estamos a criar uma relação de segurança com os nossos utentes.
- **Compromisso com os cidadãos:** Aspiramos sempre ao mais alto padrão de cuidados de saúde, procurando a melhoria contínua em todos os aspetos da nossa organização.
- **Integridade:** Atuamos de forma ética, rigorosa, honesta e transparente. Confiamos que estes princípios orientarão as nossas decisões e ações.

- **Respeito:** Valorizamos o direito de cada indivíduo à dignidade, privacidade e autonomia. Este valor premeia o nosso atendimento ao utente, a nossa interação em equipa e a nossa relação com a comunidade.
- **Responsabilidade social:** Estamos empenhados em contribuir positivamente para a nossa comunidade e para o ambiente. Procuramos minimizar o nosso impacto ambiental e maximizar o nosso impacto social positivo.
- **Inovação:** Estamos empenhados em encontrar novas e melhores maneiras de atender os nossos utentes e a comunidade. Valorizamos a criatividade e a abertura às novas ideias.
- **Colaboração:** Acreditamos que os melhores resultados são alcançados quando trabalhamos em equipa. Promovemos a colaboração entre diferentes especialidades e departamentos, e entre os nossos profissionais de saúde e os utentes.
- **Sustentabilidade:** Queremos consolidar um modelo de sustentabilidade em todas as vertentes da nossa atuação, com vista à construção de uma resposta eficiente, sólida e de confiança, para o ambiente e para as pessoas.
- **Equidade:** Reconhecemos os direitos de cada utente e os seus diferentes níveis de necessidades e prioridades. Construímos uma resposta justa, adequada, que trata cada utente na exata medida das suas necessidades.

2. *Indicação de políticas e linhas de ação desencadeadas no âmbito da estratégia definida (vide artigo 38.º do RJSPE), nomeadamente:*

a) *Objetivos e resultados definidos pelos acionistas relativos ao desenvolvimento da atividade empresarial a alcançar em cada ano e triénio, em especial os económicos e financeiros;*

Os compromissos propostos pela ULSSM para o triénio 2024/2026 têm como foco a estratégia e as ações a desenvolver em alinhamento com os princípios e as orientações definidas no Quadro Global de Referência do SNS, aprovado pelo Despacho 6770/2024, de 18 de junho. A intenção é dar resposta eficaz às necessidades de saúde da população, promovendo o aumento da atividade assistencial com valor real para os utentes. Os objetivos prioritários da política de saúde, nomeadamente no que se refere à qualificação do acesso, à integração de cuidados, e à melhoria da qualidade técnica, são centrais para a ULSSM. Este enfoque visa garantir a eficiência e a efetividade dos cuidados prestados, assegurando a satisfação tanto dos utentes como dos profissionais, e buscando resultados positivos em termos de ganhos em saúde.

A preparação do orçamento de gastos com pessoal assenta em um conjunto de medidas de política salarial, definidas pela legislação em vigor do momento, e em um planeamento eficiente e eficaz, com o objetivo de promover o crescimento e a melhoria dos recursos humanos que integram a ULSSM. Este processo envolve a identificação das necessidades de recrutamento para o triénio 2024/2026, adequando os recursos humanos à concretização dos objetivos da instituição e à necessidade de redimensionamento dos serviços de suporte. Considera-se também a saída por reforma por idade dos trabalhadores que completam 66 anos de idade a cada ano, com a substituição desses profissionais previstos no planeamento. O reforço de recursos humanos tem como objetivo garantir a adequação do número de profissionais face à capacidade instalada, enquanto a abertura de procedimentos concursais visa a progressão na carreira, assegurando que os recursos humanos estejam alinhados com a procura de cuidados de saúde, com a diferenciação técnica e a capacidade formativa necessárias, e garantindo a retenção do capital humano.

As projeções económico-financeiras para o triénio 2024-2026 refletiram um conjunto de pressupostos, sendo que estas projeções foram assentes no desempenho conjunto do CHULN, do ACeS LxN e do Centro de Saúde Mafra, considerando as áreas de sinergia com impacto financeiro. Do lado dos rendimentos, além do montante indicado nos termos de referência para o contrato programa da ULSSM, acresceu-se o montante relativo à despesa com as farmácias privadas, um encargo anteriormente assumido pela ACSS, e diminuiu-se a sub rubrica de "outros rendimentos" pela não faturação dos medicamentos de dispensa em ambulatório, encargo anteriormente assumido pela ARS. De 2024 a 2025, o apuramento partiu da soma das duas realidades, e para 2026, assumiu-se um crescimento anual de 2% nos rendimentos globais. Do lado dos gastos, de 2024 a 2025, o apuramento resultou da soma da base das duas realidades, e para 2026, assumiu-se um crescimento anual de 3,6% nos gastos globais. A rubrica de fornecimentos e serviços externos foi majorada, quer pelo montante relativo à despesa com as farmácias privadas, quer pelo montante relativo ao transporte realizado por bombeiros nos cuidados de saúde primários. Finalmente, do lado dos gastos, não foi assumida qualquer alteração de perfil assistencial ou organizacional, nomeadamente no que diz respeito ao número de USF, quer de modelo A, quer de modelo B.

*b) Grau de cumprimento dos mesmos, assim como a justificação dos desvios verificados e das medidas de correção aplicadas ou a aplicar.*

Face aos pressupostos de contratação da atividade, e tendo em conta a necessidade de otimizar a capacidade instalada de forma a maximizar a implementação da estratégia, os objetivos de produção para 2024, definidos no Contrato Programa no âmbito da produção SNS, são os seguintes:

## Quadro 3 – Acompanhamento ao Contrato Programa SNS 2024

	Objetivos 2024	2024	Δ% 2024 / CP 2024	Taxa de Execução
<b>Cuidados Primários</b>				
<b>Consultas</b>				
Nº Total Consultas Médicas	<b>850 822</b>	<b>810 884</b>	<b>-4,7%</b>	<b>95,3%</b>
Nº Consultas Médicas Presenciais (CSP)	529 735	518 425	-2,1%	97,9%
Nº Consultas Médicas Não Presenciais (CSP)	321 087	292 459	-8,9%	91,1%
<b>Serviços Domiciliários</b>	<b>47 761</b>	<b>44 664</b>	<b>-6,5%</b>	<b>93,5%</b>
Nº Visitas Domiciliárias Médicas (CSP)	3 732	3 775	1,2%	101,2%
Nº Visitas Domiciliárias Enfermagem (CSP)	44 029	40 889	-7,1%	92,9%
<b>Outras Consultas por Pessoal não Médico</b>	<b>444 539</b>	<b>428 557</b>	<b>-3,6%</b>	<b>96,4%</b>
Nº Consultas de Enfermagem (CSP)	420 753	398 619	-5,3%	94,7%
Nº Consultas de Outros Profissionais (CSP)	23 786	29 938	25,9%	125,9%
<b>Cuidados Hospitalares</b>				
<b>Consultas Externas</b>				
Nº Total Consultas Médicas	<b>772 464</b>	<b>837 114</b>	<b>8,4%</b>	<b>108,4%</b>
Primeiras Consultas	221 851	240 119	8,2%	108,2%
Primeiras Consultas com origem nos CSP referenciadas via CTH	57 466	51 649	-10,1%	89,9%
Primeiras Consultas Descentralizadas	72	161	123,6%	223,6%
Primeiras Consultas	164 313	188 309	14,6%	114,6%
Consultas Subsequentes	550 613	596 995	8,4%	108,4%
Consultas Subsequentes Descentralizadas	147	262	78,2%	178,2%
Consultas Subsequentes	550 466	596 733	8,4%	108,4%
<b>Internamento</b>				
Doentes Saídos - Agudos (Inclui berçário)	<b>36 010</b>	<b>33 423</b>	<b>-7,2%</b>	<b>92,8%</b>
D. Saídos - GDH Médicos (Total)	23 322	19 697	-15,5%	84,5%
D. Saídos - GDH Cirúrgicos Programados (Total)	8 144	8 843	8,6%	108,6%
D. Saídos - GDH Cirúrgicos Urgentes (Total)	4 544	4 883	7,5%	107,5%
<b>Urgência</b>				
Total de Atendimentos SU Polivalente (sem Internamento)	171 055	166 367	-2,7%	97,3%
<b>Hospital de Dia</b>				
Total de sessões de Hospital de Dia (s/GDH Ambulatório Médico)	<b>79 294</b>	<b>80 494</b>	<b>1,5%</b>	<b>101,5%</b>
Hematologia / Imuno-Hemoterapia	4 172	3 988	-4,4%	95,6%
Psiquiatria e Unidades Sócio Ocupacionais	4 328	5 233	20,9%	120,9%
Base (Pediatria+Pneumologia+Oncologia s/Quimio+Outros)	70 794	71 273	0,7%	100,7%
<b>Serviços Domiciliários</b>				
Total de Domicílios	1 722	1 595	-7,4%	92,6%
Hospitalização Domiciliária	221	276	24,9%	124,9%
<b>GDH Ambulatório</b>				
GDH Médicos de Ambulatório (Total)	12 313	12 007	-2,5%	97,5%
GDH Cirúrgicos de Ambulatório (Total)	18 942	23 401	23,5%	123,5%
<b>Sessões de Radionecrologia</b>				
Tratamentos Simples	5 940	2 711	-54,4%	45,6%
Tratamentos Complexos	30 783	31 800	3,3%	103,3%
<b>Sessões de Quimioterapia</b>				
Quimioterapia	21 397	28 758	34,4%	134,4%

Por linha de atividade os aspetos mais relevantes face aos desvios obtidos são os seguintes:

#### Cuidados Hospitalares:

No âmbito da **Consulta Externa**, em 2024, a ULSSM concentrou os seus esforços na melhoria da acessibilidade às especialidades hospitalares, tendo alcançado uma produção global 8,4% acima das metas contratadas. As

primeiras consultas superaram o volume contratado, com uma taxa de execução de 108%, desempenho igualmente verificado nas consultas subsequentes. Apesar destes resultados positivos, no domínio da Consulta a Tempo e Horas (CTH), não foi possível atingir o mesmo nível de execução, tendo-se registado uma taxa de 90% face ao proposto. Esta diferença resulta sobretudo da elevada procura, cerca de 75.000 pedidos por ano, associada a limitações na capacidade de resposta em determinadas especialidades, condicionou o cumprimento integral das metas. Ainda assim, os níveis de realização aproximam-se do objetivo definido, revelando um desempenho globalmente positivo, num contexto de elevada pressão assistencial.

No âmbito do **Internamento**, em 2024, registou-se uma redução generalizada da atividade face ao que havia sido contratado, especialmente devido ao atraso na reabertura prevista do Bloco de Partos, da Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, e do Internamento pós-parto. Este constrangimento teve um impacto direto na produção assistencial, traduzindo-se numa diminuição de 7,2% no número total de doentes saídos, em comparação com o valor contratado. No entanto, esta redução foi atenuada pela implementação do Plano de Recuperação da Atividade Cirúrgica Programada, que permitiu alcançar uma taxa de execução de 109% nos GDH cirúrgicos programados.

No âmbito da **Urgência**, para os episódios que não originaram seguimento para Internamento, registou-se um desempenho 2,7% abaixo dos valores contratados. Apesar deste ligeiro decréscimo, tem-se verificado, ao longo dos últimos anos, um aumento contínuo da afluência de utentes ao Serviço de Urgência, não só devido à vasta área de influência da instituição, mas também pela insuficiente articulação com os cuidados de saúde primários, especialmente no que diz respeito à sensibilização e informação dos utentes. Em 2024, a ULSSM dedicou-se a encontrar modelos de melhoria do acesso a esta linha de atividade, concentrando esforços na implementação de soluções que promovam um atendimento mais eficiente e eficaz, com o objetivo de minimizar a pressão sobre os serviços de urgência. As ações desenvolvidas focaram-se na melhoria da articulação com os cuidados primários, nomeadamente com a criação de um Centro de Atendimento Clínico (CAC), e na garantia de que os utentes tivessem as informações adequadas para recorrer ao serviço de saúde mais adequado às suas necessidades.

No âmbito dos tratamentos de **Radioterapia**, verificou-se uma redução acentuada nos tratamentos simples, consequência da externalização de alguns tratamentos, que deixou de ser realizada a partir de 2024 e que não foi tida em conta na proposta do Contrata Programa.

### Cuidados Primários:

Em 2024, os Cuidados de Saúde Primários da ULSSM ficaram aquém da proposta. Apesar do esforço contínuo para garantir o acesso a cuidados de saúde de proximidade e de qualidade, persiste um desafio significativo, nomeadamente o elevado número de utentes sem médico de família, que em 2024 representou 31,8% da população abrangida. Este decréscimo da atividade nos cuidados primários, face ao objetivo, aliado à falta de médicos de família, destaca a necessidade urgente de reforçar a capacidade de resposta da rede de cuidados primários, através da melhoria na gestão de recursos humanos e do aumento da capacidade de acolhimento de novos utentes.

A par da componente de produção assistencial, os objetivos definidos para 2024 incluem também metas nos domínios do acesso, da qualidade assistencial e da integração de cuidados, estando estes associados aos Incentivos Institucionais. À presente data, aguarda-se a validação formal desses objetivos por parte da ACSS. Não obstante, apresentam-se de seguida os valores preliminares disponíveis na plataforma SICA2 da ACSS, onde é possível constatar que os objetivos propostos e os resultados obtidos foram os seguintes:

**Quadro 4 – Acompanhamento Incentivos Institucionais 2024**

Objetivos	Meta	Realizado	Grau de Cumprimento
<b>Cuidados de Saúde</b>			
<b>A. Acesso</b>			
A.1 Índice de Desempenho* da Sub-área Acesso	74,0	75,2	102%
A.2 Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	51,0	52,0	102%
A.3 Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Clrurgia (LIC) dentro do TMRG	70,0	68,4	98%
<b>B. Qualidade Assistencial</b>			
B.1 Índice de Desempenho* da Sub-área Gestão da Saúde	57,1	65,2	114%
B.2 Índice de Desempenho* da Sub-área Gestão da Doença	62,0	74,1	120%
B.3 Índice de Desempenho* da Sub-área Qualificação da Prescrição	68,5	75,2	110%
B.4 Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico	3,2	3,3	97%
B.5 Percentagem de cirurgias em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	28,5	28,0	98%
B.6 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	69,1	41,8	60%
B.7 Demora média ajustada	1,0	1,1	94%
B.8 Demora média antes da cirurgia	0,9	0,8	117%
B.10 Número de ensaios clínicos iniciados no ano	90,0	n.d	-
B.11 Percentagem de doentes saídos em hospitalização domiciliária (GDH) no total de doentes saídos (GDH)	0,6	0,8	120%
B.12 Percentagem de consultas hospitalares descentralizadas, domiciliárias e de saúde mental na comunidade no total de consultas hospitalares realizadas	0,3	0,1	0%
<b>Integração de Cuidados</b>			
D.1 Resolutividade em doença aguda dos CSP	59,0	n.d	-
D.4 Percentagem de utilizadores frequentes do SU (> 4 episódios no ano)	1,7	2,0	84%
D.5 Percentagem de episódios triados com cor verde, azul ou branca no SU	45,0	44,3	102%

Não obstante os esforços desenvolvidos em 2024, alguns dos objetivos definidos no âmbito dos Incentivos Institucionais revelaram-se particularmente desafiantes, não tendo sido atingidos, nomeadamente:

### Acesso:

**Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG)** – apesar do trabalho realizado para otimizar os tempos de espera, o resultado obtido foi de 68,4%, ligeiramente abaixo do objetivo de 70%. Este desvio deveu-se, em grande parte, ao impacto da elevada procura cirúrgica e às limitações de capacidade em algumas especialidades com maior pressão assistencial.

### Qualidade Assistencial:

**Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico** – foi alcançado um valor de 3,3% face ao objetivo de 3,2%. Ainda que a diferença seja marginal, reflete a necessidade de reforço na transição de cuidados e no seguimento pós-alta de doentes complexos.

**Percentagem de cirurgias da anca realizadas nas primeiras 48 horas** – o desempenho (41,8%) ficou significativamente abaixo do objetivo (69,1%), reflexo de limitações na capacidade de resposta do internamento e do bloco operatório, agravadas pela escassez de profissionais com necessidade de conciliar esta atividade com o apoio à urgência de traumatologia.

**Percentagem de consultas hospitalares descentralizadas, domiciliárias e de saúde mental na comunidade no total de consultas hospitalares realizadas** – o valor registado foi de 0,1%, aquém do objetivo de 0,3%. Este resultado é explicado pelo crescimento significativo da atividade global de consultas hospitalares, que não foi acompanhado proporcionalmente pelo crescimento destas modalidades específicas, diluindo a sua representatividade relativa.

**Percentagem de cirurgias em ambulatório para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis** – apesar de se situar ligeiramente acima do objetivo (28,5% face a 28%), importa monitorizar esta evolução, assegurando a sustentabilidade e o reforço desta modalidade cirúrgica como linha estratégica.

### Integração de Cuidados:

**Percentagem de utilizadores frequentes do Serviço de Urgência (> 4 episódios/ano)** – registou-se um valor de 2,0% face ao objetivo de 1,7%. Este indicador reflete o impacto de determinantes sociais e clínicos da procura não programada, bem como os desafios ainda presentes na articulação com os cuidados de saúde primários e na resposta integrada a utentes com necessidades complexas e crónicas.

Em termos de desempenho económico financeiro, o Resultado Líquido em 2024 apresenta-se negativo em - 111.456.73,20€, com um EBITDA de -99.999.119,54€, não sendo comparável com o Resultado Líquido negativo de -62.445.288€ e um EBITDA de -51.001.602€, atingido em 2023.

*3. Indicação dos fatores críticos de sucesso de que dependem os resultados da empresa.*

O **principal fator crítico de sucesso** é o profissionalismo e resiliência das equipas da ULSSM, que imbuídos dum forte sentido de missão, aumentaram significativamente a sua disponibilidade em tempo de trabalho e esforço, que permitiu a recuperação integral da atividade para volumes superiores aos registados antes da pandemia.

A capacidade de adaptação funcional dos profissionais da ULSSM, traduzida na cooperação ativa e frequentemente espontânea quando solicitados a colaborar em equipas de outros serviços e especialidades para aumentar o acesso dos doentes aos cuidados de saúde.

*4. Evidenciação da atuação em conformidade com as orientações definidas pelos ministérios setoriais, designadamente as relativas à política setorial a prosseguir, às orientações específicas a cada empresa, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível de serviço público a prestar pela empresa (vide n.º 4 do artigo 39.º do RJSPE).*

A ULSSM desenvolve a sua atividade em conformidade com as políticas e estratégias definidas pelo Ministério da Saúde, divulgadas no documento denominado Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2024, [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/11/Termos-Referencia-2024\\_vf.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/11/Termos-Referencia-2024_vf.pdf) publicado no site da ACSS. Este documento suporta o processo de contratualização e operacionaliza as orientações da Política de Saúde que consideram medidas transversais às várias entidades do Ministério da Saúde.

O SICA2 - Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento, tem como objetivo suportar o processo de Contratualização entre a Tutela e as entidades prestadoras de cuidados de saúde que integram o SNS. No essencial, o processo é dividido em três fases: Contratualização/Negociação, Elaboração do Contrato-programa e Acompanhamento dos objetivos estabelecidos.

A ULSSM presta contas mensalmente, através da submissão na plataforma SICA2, dos dados relativos aos cuidados prestados nas suas diversas linhas de produção e, dos dados financeiros nos Serviços Online da UOGF (SIGEF).

A atividade contratada com a ULSSM pode ser objeto de monitorização mensal através dos relatórios de monitorização na plataforma SICA2.

O Contrato-Programa celebrado entre a ULSSM, a DE e a ACSS, encontra-se publicado, no site da ACSS:

- <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Contrato-Programa-2024-2026-ULS-Santa-Maria-EPE.pdf>

### **III. Estrutura de capital**

*1 Divulgação da estrutura de capital (consoante aplicável: capital estatutário ou capital social, número de ações, distribuição do capital pelos acionistas, etc.), incluindo indicação das diferentes categorias de ações, direitos e deveres inerentes às mesmas e percentagem de capital que cada categoria representa (vide alínea a) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).*

A ULSSM, conforme disposto no nº art.º 4º do Decreto Lei nº102/2023 de 7 de novembro enquanto entidade pública empresarial, está dotada de capital estatutário no montante de 351.092.428€, detido integralmente pelo Estado, e o respetivo valor é fixado por despacho do membro do Governo responsável pela área das Finanças, conforme disposto no art.º 3.º, nº1 dos Estatutos Anexos ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de Janeiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 183/2015, de 31 de agosto e ainda alterado pelo Decreto Lei nº52/2022.

Apresentamos de seguida a composição do capital estatutário nos últimos três anos:

**Quadro 5 – Evolução do capital estatutário da ULSSM**

Ano	Capital Estatutário	Aumento	Realização	Descrição
2022	312.440.000,00€			
2023	351.092.428,00€	38.652.428,00€	28-12-2023	Despacho conjunto Ministro Finanças e Saúde de 22 dezembro 2023
2024	351.092.428,00€			

*2 Identificação de eventuais limitações à titularidade e/ou transmissibilidade das ações.*

Não aplicável - de acordo com o artigo 63.º, do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, o capital estatutário é detido pelo Estado.

*3 Informação sobre a existência de acordos parassociais que sejam do conhecimento da empresa e possam conduzir a eventuais restrições.*

Não existem acordos parassociais.

#### IV. Participações Sociais e Obrigações detidas

1. *Identificação das participações sociais que a empresa pública detém (vide alínea b) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).*

Nem a ULSSM, nem os órgãos sociais, detêm participações diretas ou indiretas em entidades societárias.

2. *Explicitação da aquisição e alienação de participações sociais, bem como da participação em quaisquer empresas de natureza associativa ou fundacional (vide alínea c) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).*

A ULSSM não detém participações no capital de outras entidades.

No entanto, a ULSSM é membro associado do SUCH- Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, que é uma entidade de natureza associativa, sem fins lucrativos, cujos estatutos foram homologados pelo SES, no dia 5 de janeiro de 2016, e publicados no Portal da Justiça em 25 de fevereiro de 2016.

3. *Indicação do número de ações e obrigações detidas por membros dos órgãos de administração e de fiscalização, bem como das pessoas indicadas no nº. 2 do artigo 447º do CSC, nos termos do n.º 5 do artigo 447º do CSC.*

Não aplicável, de acordo com o artigo 63.º, do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, o capital estatutário é detido pelo Estado.

4. *Informação sobre a existência de relações de natureza comercial entre os titulares de participações e a empresa*

Não são conhecidas relações de natureza comercial entre os titulares de participações e a entidade.

## **V. Órgãos Sociais e Comissões**

### **A. Modelo de Governo**

*A empresa deve apresentar um modelo de governo societário que assegure a efetiva separação entre as funções de administração executiva e as funções de fiscalização (vide n.º 1 do artigo 30.º do RJSPE).*

*1. Identificação do modelo de governo adotado.*

As funções de administração executiva e funções de fiscalização da ULSSM estão estruturadas nos termos do art.º 68 dos Estatutos dos Hospitais EPE, aprovados e publicados no Decreto-Lei n.º 7, de 4 de agosto, com as devidas atualizações pelo Decreto-lei nº102/2023 de 7 novembro de 2023 e Decreto-Lei nº82/2023 de 29 dezembro de 2023 sendo que o modelo de governo adotado prevê os seguintes órgãos:

- Conselho de Administração;
- Conselho Fiscal, o Revisor Oficial de Contas (ROC) ou uma sociedade de revisores oficiais de contas;
- Conselho Consultivo.

O Conselho de Administração da ULSSM foi nomeado em 2024, conforme Despacho nº 2445/2024 em 29 de janeiro de 2024, publicado no Diário da República, 2ª série – nº 48 de 7 de março 2024.

O Conselho Fiscal da ULSSM foi nomeado por Despacho do Secretário de Estado do Tesouro e das Finanças de 10 de setembro de 2024 e Despacho da Secretaria de Estado da Gestão da Saúde de 2 outubro de 2024 para o mandato de 2024-2026.

O Conselho Consultivo ainda não foi nomeado.

### **B. Assembleia Geral**

*1. Composição da mesa da assembleia geral, ao longo do ano em referência, com identificação dos cargos e membros da mesa da assembleia geral e respetivo mandato (data de início e fim). Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).*

A ULSSM sendo uma EPE, não dispõe de Assembleia Geral, pelo que todo este ponto não lhe é aplicável.

*2. Identificação das deliberações acionistas que, por imposição estatutária, só podem ser tomadas com maioria qualificada, para além das legalmente previstas, e indicação dessas maiorias.*

O Estado é o único detentor do capital estatutário, pelo que esta informação não é aplicável.

## C. Administração e Supervisão

- 1. Indicação das regras estatutárias sobre procedimentos aplicáveis à nomeação e substituição dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão.*
- 2. Indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros e duração estatutária do mandato dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão.*

As regras aplicáveis à nomeação, composição e mandato, competências, funcionamento, vinculação do Conselho de Administração são as constantes do estatuto dos gestores públicos - conforme artigos 69.º, 71<sup>a</sup>, 72<sup>a</sup>, 75.º, 77.º, 78.º dos Estatutos, aprovados no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e devidas atualizações pelo Decreto-lei nº102/2023 de 7 novembro de 2023 e Decreto-Lei nº82/2023 de 29 dezembro de 2023.

O regulamento interno em vigor, nos artigos 69º, 72.º, 8.º, 9.º, estabelece os princípios referentes à composição, competência e funcionamento do Conselho de Administração.

- 3. Caracterização da composição, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão, com identificação dos membros efetivos, data da primeira designação e data do termo de mandato de cada membro. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).*

Conforme disposto no art.69.º dos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, aprovados no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e devidas atualizações pelo Decreto-lei nº102/2023 de 7 novembro de 2023 e Decreto-Lei nº82/2023 de 29 dezembro de 2023, o Conselho de Administração é composto pelo Presidente e um máximo de seis Vogais, que exercem funções executivas, em função da dimensão e complexidade do hospital, incluindo um Diretor Clínico para a área dos Cuidados de Saúde Hospitalares; um Diretor Clínico para a área dos Cuidados de Saúde Primários, um Enfermeiro-Diretor e um Vogal proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças.

O Conselho de Administração do CHULN, nomeado para o triénio 2023-2025, através do Despacho nº1905/2023 de 8 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2.ª série — n.º 28 — 8 de fevereiro de 2023, designa os seguintes membros, que se mantiveram em funções até 31 de janeiro de 2024:

**Quadro 6 – Composição do Conselho de Administração**

Mandato (Início-Fim)	Cargo	Nome	Designação		Remuneração	
			Forma <sup>(1)</sup>	Data	[Entidade pagadora]	O/D 2
2023-2025	Presidente	Ana Paula Mecheiro de Almeida Martins Silvestre Correia	D	1 de fevereiro de 2023	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE	D
2023-2025	Vogal Executivo (Diretor Clínico)	Rui Antonio Rocha Tato Marinho	D	1 de fevereiro de 2023	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE	O
2023-2025	Vogal Executivo (Enfermeira Diretora)	Jose Alexandre dos Santos Abranches	D	1 de fevereiro de 2023	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE	O
2023-2025	Vogal Executiva	Catarina Duarte Galhardo Batista	D	1 de fevereiro de 2023	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE	D
2023-2025	Vogal Executivo	Andre Filipe de Sousa da Trindade Ferreira	D	1 de fevereiro de 2023	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE	D

Com a publicação do Decreto-lei nº 102/2023 de 7 novembro, procedendo à restruturação das entidades públicas integradas no SNS, adotando-se o modelo de organização e funcionamento das Unidades Locais de Saúde, este Conselho Administração terminou o seu mandato no dia 29 de janeiro de 2024.

O Conselho de Administração da ULSSM, nomeado para o triénio 2024-2026, através do Despacho nº2445/2024 de 29 de janeiro, publicado no Diário da República, 2.ª série — n.º 48 — 7 de março de 2024, designa os seguintes membros:

**Quadro 7 – Composição do Conselho de Administração 2024-2026**

Mandato (Início-Fim)	Cargo	Nome	Designação		Remuneração	
			Forma <sup>(1)</sup>	Data	[Entidade pagadora]	O/D 2
2024- 2026	Presidente	Carlos José das Neves Martins	D	1 de fevereiro de 2024	Unidade Local de Saúde de Santa Maria, EPE	D
2024-2026	Vogal Executivo (Diretor Clínico - CSH)	Rui Antonio Rocha Tato Marinho	D	1 de fevereiro de 2024	Unidade Local de Saúde de Santa Maria, EPE	O
2024-2026	Vogal Executiva (Diretora Clínica - CSP)	Eunice Isabel do Nascimento Carrapico	D	1 de fevereiro de 2024	Unidade Local de Saúde de Santa Maria, EPE	D
2024-2026	Vogal Executiva (Enfermeira Diretora)	Carla Cristina de Matos Apolinário Martins Ribeiro	D	1 de fevereiro de 2024	Unidade Local de Saúde de Santa Maria, EPE	O
2024-2026	Vogal Executivo	Miguel Jorge de Figueiredo Carpinteiro	D	1 de fevereiro de 2024	Unidade Local de Saúde de Santa Maria, EPE	D
2024-2026	Vogal Executivo	Francisco António Alvelos de Sousa Matoso	D	1 de fevereiro de 2024	Unidade Local de Saúde de Santa Maria, EPE	D

4. *Distinção dos membros executivos e não executivos do Conselho de Administração e, relativamente aos membros não executivos, identificação dos membros que podem ser considerados independentes<sup>1</sup>, ou, se aplicável, identificação dos membros independentes do Conselho Geral e de Supervisão (vide artigo 32.º do RJSPE).*

Todos os membros do Conselho de Administração exercem funções executivas.

5. *Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo.*

Os elementos curriculares dos membros do Conselho de Administração são apresentados em anexo a este Relatório (Anexo 2).

6. *Dar conhecimento de que foi apresentada declaração por cada um dos membros do órgão de administração ao órgão de administração e ao órgão de fiscalização, bem como à Inspeção-Geral de Finanças (IGF), de quaisquer participações patrimoniais que detenham na empresa, assim como quaisquer relações que mantenham com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse (vide artigo 52.º do RJSPE).*

As declarações emitidas por cada um dos membros do CA apresentam-se no Capítulo XI (Anexo 5) deste Relatório.

7. *Identificação de relações familiares, profissionais ou comerciais, habituais e significativas, dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo com acionistas.*

Não são conhecidas relações familiares, profissionais ou comerciais, habituais e significativas, dos membros do Conselho de Administração.

8. *Apresentação de organogramas ou mapas funcionais relativos à repartição de competências entre os vários órgãos sociais, comissões e/ou departamentos da empresa, incluindo informação sobre delegações de competências, em particular no que se refere à delegação da administração quotidiana da empresa.*

De harmonia com o disposto nos artigos 44º a 49º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado pelo Decreto-Lei nº 4/2015, de 7 de janeiro e, nos termos dos artigos 71.º e 72.º dos Estatutos constantes no Decreto-

---

<sup>1</sup> A independência dos membros do Conselho Geral e de Supervisão e dos membros da Comissão de Auditoria afere-se nos termos da legislação vigente. Quanto aos demais membros do Conselho de Administração, considera-se independente quem não esteja associado a qualquer grupo de interesses específicos na entidade nem se encontre em alguma circunstância suscetível de afetar a sua isenção de análise ou de decisão.

Lei nº 52/2022, de 4 de agosto, o Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Santa Maria, EPE, reunido a 1/2/2024, delegou, de entre os limites da Lei, nos seus membros, com a faculdade de subdelegar as competências que se encontram no anexo 5.

Distribuição de pelouros pelos membros do Conselho de Administração 2023-2025

**No Presidente do Conselho de Administração**, – Dra. Ana Paula Martins:

Área de Internacionalização e Cooperação, Conselho Consultivo; Centro Académico de Medicina de Lisboa; Serviço de Auditoria Interna; Gabinete de Comunicação e Relações Públicas, Gabinete Jurídico; Conselho Coordenador de Avaliação, Serviço Social e Gabinete do Cidadão e Parque de Saúde Pulido Valente.

**Na Vogal Executiva** – Dra. Catarina Baptista:

Área de contratualização Interna/Externa e Controle de Gestão; Serviço de Gestão Hospitalar; Gabinete de Planeamento e Informação de Gestão; Serviço de Recursos Humanos; Serviço de Gestão Técnico Farmacêutica (área logística); Serviço de Gestão de Compras; Serviço de Logística e Stocks (Unidade de Gestão Hoteleira e Unidade de Logística e Stocks);

**No Vogal Executivo** – Dr. André Trindade

Área dos Planos de Investimento; Serviço de Instalações e Equipamentos; Gabinete de Estudos e Planeamento; Serviço de Gestão Financeira; Serviço de Sistemas de Informação; Serviço de Assistência Religiosa e Espiritual;

**No Vogal Executivo**, Diretor Clínico, Dr. Rui Tato Marinho:

Direção Clínica; Departamentos, Serviços e Unidade de Ação Médica, nas áreas de competência própria do Diretor Clínico; Serviço de Dietética e Nutrição; Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica (gestão clínica); Serviço de Saúde Ocupacional; Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica; Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo das Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA); Comissão de Coordenação Oncológica; Comissão Departamental; Comissão de Ética; Comissão de Farmácia e Terapêutica; Comissão de Harmonização e Boas Práticas; Comissão de Introdução e Análise de Reagentes Laboratoriais; Comissão Técnica de Certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez; Comissão Transfusional; Comissão da Qualidade e Segurança; Direção do Internato Médico; Gabinete de Apoio à Investigação Clínica; Gabinete de Gestão Clínica; Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica; Gabinete

Coordenador de Colheitas e Transplantação; Gabinete de Risco e Centros de Referência; Comissão mista CHULN/FM da UL; Comissão de Catástrofe e Emergência Interna; Centro de Investigação Clínica.

No [Vogal Executivo](#), o Enfermeiro Diretor, José Alexandre:

Direção de Enfermagem; Departamentos, Serviços e Unidades de ação médica, nas áreas de competência própria; Central de Esterilização; Centro de Formação e Gabinete de Segurança.

Distribuição de pelouros pelos membros do Conselho de Administração 2024-2026

No [Presidente do Conselho de Administração](#), – Dr. Carlos das Neves Martins:

Centro Académico de Medicina de Lisboa; Comissão mista ULSSM/FMUL; Serviço de Auditoria Interna; Serviço de Assistência Religiosa e Espiritual; Gabinete de Comunicação e Relações Públicas; Gabinete Jurídico; Gabinete de Planeamento e Informação de Gestão; Gabinete de Segurança; Serviço de Recursos Humanos; Conselho Coordenador de Avaliação; Área de Proteção de Dados e Serviço Social.

No [Vogal Executivo](#), Diretor Clínico para a Área dos Cuidados de Saúde Hospitalares, Dr. Rui Tato Marinho:

Direção Clínica; Departamentos, Serviços e Unidade de Ação Médica, nas áreas de competência própria do Diretor Clínico; Serviço de Dietética e Nutrição; Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica (gestão clínica); Serviço de Saúde Ocupacional; Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica; Serviço Social e Gabinete do Cidadão; Serviço da Qualidade; Comissão de Coordenação Oncológica; Comissão Departamental; Comissão de Ética; Comissão de Farmácia e Terapêutica; Comissão de Harmonização e Boas Práticas; Comissão de Introdução e Análise de Reagentes Laboratoriais; Comissão Técnica de Certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez; Comissão Transfusional; Comissão da Qualidade e Segurança; Comissão de Catástrofe e Emergência Interna; Direção do Internato Médico; Gabinete de Gestão Clínica; Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica; Gabinete Coordenador de Colheitas e Transplantação; Gabinete de Risco e Centros de Referência; Centro de Investigação Clínica.

Na [Vogal Executiva](#), Diretora Clínica para a Área dos Cuidados de Saúde Primários, Dr.ª Eunice Isabel Carrapico:

Direção Clínica da Área de Cuidados de Saúde Primários; Serviços e Unidades das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários nas áreas de competência própria do Diretor Clínico.

**Na Vogal Executiva, a Enfermeira Diretora, Carla Martins Ribeiro:**

Direção de Enfermagem; Departamentos, Serviços e Unidades de ação médica, nas áreas de competência própria da Enfermeira Diretora; Central de Esterilização e Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e da Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA).

**No Vogal Executivo – Dr. Francisco Sousa Matoso**

Serviço de Instalações e Equipamentos; Serviço de Gestão Técnico- Farmacêutica (área logística), Serviço de Gestão de Compras; Serviço de Logística e Stocks (Unidade de Gestão Hoteleira e Unidade de Logística e Stocks); Gabinete de Estudos e Planeamento e Gabinete de Apoio à Investigação Clínica.

**No Vogal Executivo - Dr. Miguel Figueiredo Carpinteiro**

Serviço de Gestão Financeira; Serviço de Sistemas de Informação; Serviço de Gestão Hospitalar; Área de contratação Interna/Externa e Controlo de Gestão e Centro de Formação.

*9. Caracterização do funcionamento do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo<sup>2</sup>, indicando designadamente:*

*a) Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas<sup>3</sup>*

No exercício de 2024 o CA realizou 5 reuniões para o período de 1 de janeiro a 1 de fevereiro de 2024 e 58 reuniões de 1 de fevereiro a 31 de dezembro de 2024, com o seguinte grau de assiduidade dos respetivos membros:

**Quadro 8 – Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas**

<b>Membro do CA - triénio 2023-2025</b>	<b>Grau de assiduidade</b>	
Presidente do Conselho de Administração	Ana Paula Martins	100%
Vogal Executivo - Diretor Clínico	Rui Tato Marinho	100%
Vogal Executivo - Enfermeiro Diretor	José Alexandre	100%
Vogal Executiva	Catarina Baptista	100%
Vogal Executivo	André Trindade	100%

<sup>2</sup> Deve ser ajustado ao modelo de governo adotado.

<sup>3</sup> A informação poderá ser apresentada sob a forma de quadro.

Membro do CA - triénio 2024-2026		Grau de assiduidade
Presidente do Conselho de Administração	Carlos das Neves Martins	97%
Vogal Executivo - Diretor Clínico	Rui Tato Marinho	93%
Vogal Executiva - Diretora Clínica	Eunice Carrapico	84%
Vogal Executiva - Enfermeira Diretora	Carla Martins Ribeiro	95%
Vogal Executivo	Francisco Matoso	95%
Vogal Executivo	Miguel Carpinteiro	95%

b) *Cargos exercidos em simultâneo em outras empresas, dentro e fora do grupo, e outras atividades relevantes exercidas pelos membros daqueles órgãos no decurso do exercício, apresentados segundo o formato seguinte:*

**Quadro 9 – Acumulação de funções**

Membro do Conselho de Administração	Acumulações de funções CA 2023 - 2025		
	Entidade	Função	Regime (público/privado)
Vogal Executivo – Andre Trindade	Universidade Europeia	Assistente Convidado	Privado

Membro do Conselho de Administração	Acumulações de funções CA 2024 - 2026		
	Entidade	Função	Regime (público/privado)
Diretor Clínico CSH- Rui Tato Marinho	Faculdade Medicina Lisboa	Professor Auxiliar Convidado	Publico

c) *Órgãos da empresa competentes para realizar a avaliação de desempenho dos administradores executivos e critérios pré-determinados para a avaliação de desempenho dos mesmos;*

Nos termos da legislação em vigor, compete ao Conselho Fiscal a avaliação de desempenho dos administradores executivos, com base no cumprimento das orientações de gestão definidas no Contrato

Programa, celebrado entre a Tutela e a ULSSM que fixa as orientações específicas e os objetivos quantificados a atingir no exercício económico de 2024.

*d) Comissões<sup>4</sup> existentes no órgão de administração ou supervisão, se aplicável. Identificação das comissões, composição de cada uma delas assim como as suas competências e síntese das atividades desenvolvidas no exercício dessas competências.*

As Comissões de apoio técnico são órgãos de caráter consultivo existindo as seguintes:

- Comissão de Coordenação Oncológica
- Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa - CAML
- Comissão de Farmácia e Terapêutica
- Comissão Transfusional
- Comissão de Harmonização e Boas Práticas
- Comissão Técnica de Certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez
- Comissão Local de Informatização Clínica
- Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controle de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) – CSH e CSP
- Direção do Internato Médico
- Equipa para a Prevenção da Violência no Adulto
- Comissão de Catástrofe e Emergência Interna
- Comissão de Humanização e Qualidade de Serviços
- Grupo de Avaliação de Doações
- Comissão de Introdução de Análise e Reagentes Laboratoriais
- Comissão Proteção Radiológica
- Comissão para a Prevenção e Controlo Ambiental da Bactéria Legionella

### Comissão de Coordenação Oncológica

A Comissão de Coordenação Oncológica coadjuva o Diretor Clínico, pronunciando-se sobre as matérias de âmbito oncológico que forem da sua competência.

Tem reunido com o Diretor Clínico de forma regular com periodicidade mensal, abordando o tema dos Hospitais de Dia, requalificação dos espaços, reuniões multidisciplinares. Têm sido elaboradas Atas. Está programado

<sup>4</sup> Que incluam ou tenham a participação de elementos do órgão de administração ou supervisão.

reunir com a Direção Clínica dos CSP para abordar os temas do rastreio, incluindo a ginecologia, gastrenterologia, anatomia patológica

Compete à Comissão de Coordenação Oncológica:

- Organizar as consultas de grupo, multidisciplinares, com o objetivo de analisar e definir a estratégia de diagnóstico e terapêutica relativa a casos clínicos oncológicos;
- Aprovar protocolos de atuação diagnóstica e terapêutica dos diversos tipos de doenças oncológicas;
- Emitir parecer sobre a estrutura da Unidade Local de Saúde no âmbito da oncologia sempre que solicitado pelo Conselho de Administração;
- Promover e coordenar o registo hospitalar do cancro;
- Elaborar e apresentar à aprovação do Conselho de Administração as recomendações que considere necessárias.
- Compete ainda à Comissão aprovar as normas de funcionamento da consulta de grupo, em articulação com os Diretores dos serviços respetivos.

Constituição da Comissão de Coordenação Oncológica:

- Presidente: Prof. Doutor Luís António Marques Costa (Oncologia Médica)

Membros:

- Dr. João Carlos Ramos Raposo (Hematologia)
- Dr. João José Baeta Leitão (Imagiologia Geral)
- Dra. Maria Filomena Brazão Carvalho Pina (Radioncologia)
- Dra. Maria Lurdes Correia da Encarnação (Anatomia Patológica)
- Dr. Luís Manuel Batista Miranda (Cirurgia)

Principais Atividades da Comissão de Coordenação Oncológica

- Reuniões multidisciplinares de Decisão Terapêutica (RMDT)
- Reuniões “plenárias” da Comissão
- Otimização do funcionamento das RMDT
- Otimização e apoio ao Registo Oncológico Nacional (RON)
- Atuação e procedimentos no contexto da pandemia e contingência COVID-19

Salientamos a diferenciação da Oncologia na ULSSM, presente em 36 especialidades médicas e participação em reuniões multidisciplinares. A ULSSM é Centro de referência nacional para as CAR T cells. Do ponto de vista pediátrico a intervenção da Neurocirurgia em crianças com tumores cerebrais (Centro de Referência Europeu).

- A oncologia tem forte atividade e presença no CIC (Centro de Investigação Clínico)

### **Comissão de Ética**

A Comissão de Ética funciona no âmbito do Centro Académico de Medicina de Lisboa.

O funcionamento da Comissão de Ética rege-se pela legislação específica, nomeadamente o Decreto-Lei nº80/2018 de 15 de outubro.

A Comissão de Ética é um órgão dotado de independência técnica e científica, de natureza consultiva e tem por missão contribuir para a observância de princípios da ética e da bioética na atividade da instituição, na prestação de cuidados de saúde e na realização de investigação clínica, em especial no exercício das ciências da saúde, à luz do princípio da dignidade da pessoa humana, como garante do exercício dos seus direitos fundamentais, bem como a integridade, confiança e segurança dos procedimentos em vigor na respetiva instituição.

Competências gerais da Comissão de Ética:

- Zelar, no âmbito do funcionamento da respetiva instituição, pela observância de padrões de ética, salvaguardando o princípio da dignidade e integridade da pessoa humana;
- Emitir pareceres, relatórios, recomendações e outros documentos, por sua iniciativa ou por solicitação, sobre questões éticas relacionadas com as atividades da respetiva instituição, e divulgar os que considere particularmente relevantes na área da comissão ética no site da instituição;
- Elaborar documentos de reflexão sobre questões de bioética de âmbito geral, designadamente com interesse direto no âmbito da atividade da instituição, e divulgá-los na área da Comissão de Ética no site da instituição, promovendo uma cultura de formação e de pedagogia na esfera da sua ação, incluindo a divulgação dos princípios gerais da bioética na respetiva instituição;
- Colaborar, a nível regional, nacional e internacional, com outras entidades relevantes no âmbito da ética e bioética, tendo em vista a partilha das melhores práticas;
- Promover ações de formação sobre assuntos relacionados com a ética e bioética na respetiva instituição;

- Pronunciar -se sobre a elaboração de documentos institucionais que tenham implicações no domínio da ética.

São competências específicas da Comissão de Ética no âmbito da atividade clínica assistencial:

- Zelar pelo respeito dos princípios éticos da dignidade da pessoa humana, da beneficência, da justiça e da autonomia pessoal na prestação de cuidados de saúde;
- Colaborar com os serviços e profissionais da instituição envolvidos na prestação de cuidados de saúde, no domínio da ética;
- Zelar pela proteção e pelo respeito dos direitos e deveres dos utentes e dos profissionais de saúde da instituição;
- Prestar assistência ética e mediação na tomada de decisões que afetem a prática clínica e assistencial;
- Assessorar, numa perspetiva ética, a tomada de decisões de saúde, organizativas e institucionais;
- Elaborar orientações e recomendações nos casos e nas situações que gerem ou possam gerar conflitos éticos colocados pela prática clínica;
- Verificar o cumprimento dos requisitos éticos legalmente estabelecidos.

Competências específicas da Comissão de Ética no âmbito da atividade de investigação clínica:

- Exercer as competências previstas para as comissões de ética para a saúde nos termos da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, na sua redação atual, que aprova a Lei da Investigação Clínica, no que respeita aos estudos clínicos;
- Exercer as competências da Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC) no âmbito dos ensaios clínicos, quando designadas pela CEIC nos termos do Regulamento (UE) n.º 536/2014, do Parlamento e do Conselho, de 16 de abril de 2014, relativo aos ensaios clínicos de medicamentos para uso humano, e da legislação nacional que assegura a sua execução na ordem jurídica interna;
- Emitir parecer sobre a adequação científica e ética dos investigadores para a realização de estudos de investigação clínica;
- Avaliar, de forma independente, os aspetos metodológicos, éticos e legais dos estudos de investigação clínica que lhe são submetidos, ou que nelas são delegadas pela CEIC, bem como emitir parecer sobre a sua realização;
- Assegurar o acompanhamento de todos os estudos de investigação clínica que decorrem na instituição desde o seu início até ao seu termo e a apresentação do relatório final do estudo;

- Monitorizar a realização dos estudos de investigação clínica efetuados na respetiva instituição, em especial no que diz respeito a aspetos éticos e à segurança e integridade dos participantes;
- Assegurar a disponibilização atempada e completa da informação relativa aos estudos de investigação clínica da sua responsabilidade, na plataforma da Rede Nacional das Comissões de Ética para a Saúde (RNCEs) e no Registo Nacional de Estudos Clínicos (RNEC), bem como verificar e validar os dados constantes do RNEC relativamente aos estudos que avalia e acompanha.

**Constituição da Comissão de Ética:**

- Presidente: Prof. Doutor João Forjaz de Lacerda
- Vice-Presidente: Profª. Doutora Ana Isabel Lopes

**Membros:**

- Profª. Doutora Cláudia Sofia Oliveira Dias Monge
- Prof. Doutor Daniel Caldeira
- Mestre Enfermeira Graça Roldão
- Prof. Doutor João Lavinha
- Profª. Doutora Patrícia Canhão
- Dra. Carla Fonseca
- Profª. Doutora Maria do Céu Patrão Neves

**Atividade da Comissão de Ética**

- Devido à permanência da situação do risco de transmissão da infecção pelo vírus SARS-CoV-2, a Comissão de Ética achou por bem prosseguir com a realização das reuniões por videoconferência.
- Nas várias Reuniões da Comissão Ética foram submetidos e aprovados projetos, adendas a estudos, pareceres sobre medicamentos em regime de off-label e outros.
- Foi abordado o Regulamento da Comissão de Ética do CAML e acordado conferir maior especificidade em alguns pontos cuja leitura deve ser inequívoca. Concordou-se em aprimorar alguns pontos.
- Aprovações dos textos a enviar aos Investigadores Principais com respostas em atraso
- Organização de Eventos / Concepção de Documentos Internos:

## Comissão de Farmácia e Terapêutica

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) rege-se pelas disposições legais aplicáveis, nomeadamente o “Regulamento das Comissões de Farmácia e Terapêutica das unidades hospitalares”, anexo ao Despacho nº 2325/2017 de 17 de março.

A CFT tem por missão propor as orientações terapêuticas e a utilização mais eficiente dos medicamentos, no âmbito da política do medicamento, apoiadas em bases sólidas de farmacologia clínica e evidência da economia da saúde sobre custo-efetividade, monitorizando a prescrição dos medicamentos, a sua utilização e garantindo a todos os utentes a equidade no acesso à terapêutica.

Competências da Comissão de Farmácia e Terapêutica, entre outras:

- Atuar como órgão de ligação entre os serviços de ação médica e os serviços farmacêuticos;
- Pronunciar -se sobre a adequação da terapêutica prescrita aos doentes, quando solicitado pelo seu presidente e sem quebra das normas deontológicas;
- Selecionar, designadamente entre as alternativas terapêuticas previstas no Formulário Nacional de Medicamentos (FNM) a lista de medicamentos que serão disponibilizados pela instituição, e implementar e monitorizar o cumprimento, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos critérios de utilização de medicamentos emitidos pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) e dos protocolos de utilização na entidade, de acordo com os critérios e condições de utilização dos medicamentos aí previstos;
- Monitorizar os dados resultantes da utilização de medicamentos e outras tecnologias de saúde no contexto do SNS, nomeadamente através dos registos que tenham sido considerados necessários no âmbito de decisões de financiamento das tecnologias de saúde;
- Representar a instituição na articulação com a CNFT e colaborar com a mesma disponibilizando a informação e os pareceres acerca da utilização dos medicamentos na sua instituição, sempre que para isso for solicitada;
- Analisar com cada serviço hospitalar os custos da terapêutica que lhe são imputados, auditando periodicamente e identificando desvios na utilização dos medicamentos;
- Diligenciar a promoção de estratégias efetivas na utilização racional do medicamento na instituição;
- Colaborar com o Sistema Nacional de Farmacovigilância;

- Articular com as diferentes Comissões com responsabilidades no âmbito do medicamento, nomeadamente com a GCL-PPCIRA, estabelecendo mecanismos de monitorização e utilização racional de antimicrobianos dentro dos objetivos e competências da mesma;

Constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

- Presidente: Prof. Doutor Carlos Manuel dos Santos Moreira (Medicina Interna)

Membros:

- Dr. Álvaro Sendim Ayres Pereira (Doenças Infeciosas)
- Dra. Sara Santos Valério de Azevedo (Pediatría Médica)
- Dra. Sónia Bernardo (Gastrenterologia / Hepatologia)
- Dra. Sofia Figueiredo Jorge Cid Torres (Oncologia Médica)
- Consultores: Profª Doutora Ana Catarina Gaspar Fonseca (Neurologia)
- Dr. Carlos Manuel Varela Martins (Hematologia)
- Dr. Nikita Khmelinskii (Reumatologia)
- Prof. Doutor Paulo Leal Filipe (Dermatologia)
- Prof. Doutor Richard Staats (Pneumologia)
- Dra. Cláudia Afonso (Doenças Infeciosas)
- Dra. Ana Alho (Hematologia e Transplantação de Medula Óssea)
- Dra. Carla Mimoso (UL-PPCIRA)

Grupo multidisciplinar de apoio à CFT com a Direção Clínica,

- Prof. Dr. Carlos Manuel Santos Moreira (Medicina Interna)
- Prof. Dr. Mário Miguel Coelho Silva Rosa (Neurologia)
- Dra. Antonieta Fatima Melo Ávila (Administradora Hospitalar)
- Prof. Dr. João Paulo Garcia Lopes da Cruz (Farmacêutico, Diretor de Serviço)

Resumo da atividade da Comissão de Farmácia e Terapêutica

- Realização de reuniões plenárias da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).

- A CFT procedeu ao envio aos Diretores de Serviço dos mapas referentes ao top 10 do consumo de medicamentos por Serviço, referentes aos trimestres do ano. Objetivou-se um crescente pedido de esclarecimentos sobre a informação constante dos mapas, o que denota uma maior adesão à consulta da informação e reflexão sobre a mesma.
- Relatório de Monitorização da Prescrição Médica de Medicamentos e MCDT's para envio à ACSS
- Elaboração de mapas referentes aos 4 trimestres do ano relativos à atividade da CFT, nomeadamente: Justificação Clínica de Medicamentos; Protocolos Terapêuticos; Introdução de novos medicamentos no CHULN
- O Mapa de Justificação Clínica de Medicamentos é simultaneamente enviado a todos os elementos da Comissão de Farmácia e Terapêutica para conhecimento, análise e reflexão em sede de reunião plenária da Comissão
- Pedido de Introdução de novos medicamentos no CHULN
- Formalização de pedidos de introdução de novos medicamentos no CHULN e autorizados, sendo os pedidos provenientes dos vários Serviços Hospitalares.
- Pedido de Autorização Prévia de Medicamentos submetidos na plataforma CFT
- Submissão para análise e autorização pela Comissão de Farmácia e Terapêutica de pedidos de medicamentos, todos através da plataforma informática elaborada para o efeito
- Autorização de Utilização Especial (AUE) submetidos ao Infarmed
- Submissão para avaliação pelo Infarmed dos pedidos de autorização de utilização especial.
- Pedido de medicamentos em regime de off-label
- Reuniões semanais com temas abordados: fluxo do medicamento, relação com gestão de compras.
- Acompanhamento e aprovação de cerca de 7000 processos por ano.

### Comissão Transfusional

A comissão de transfusão hospitalar é um órgão de apoio técnico responsável pela avaliação da qualidade do ato transfusional de composição multidisciplinar constituído por um mínimo de sete e um máximo de nove membros, designados de entre médicos, enfermeiros e profissionais de outras áreas relacionadas com a transfusão de sangue.

#### Competências da Comissão Transfusional

- Contribuir para o bem-estar do doente, assegurando que o suporte hemoterapêutico seja lógico, coerente, claramente justificado e seguro.

- Zelar para que seja assegurada ao doente uma terapêutica transfusional compatível, eficaz e endereçada aos padrões máximos de segurança.
- Fomentar e estimular a formação em hemoterapia dos Profissionais da ULSSM
- Assegurar a nível organizacional o processo de melhoria contínua de qualidade na área transfusional.
- Propor políticas gerais de âmbito institucional.
- Atuar como órgão consultivo do Conselho de Administração.
- Conduzir auditorias à prática transfusional na ULSSM
- Analisar os dados de atividade do Serviço de Imuno-Hemoterapia.
- Promover reuniões de consenso.
- Elaborar recomendações.

#### Constituição da Comissão Transfusional

- Presidente: Dr. Álvaro Beleza de Vasconcelos (Diretor do Serviço Imuno-Hemoterapia)

#### Membros:

- Dra. Ana Vidigal (Administradora Hospitalar)
- Prof. Doutor Carlos, dos Santos Moreira (Médico Medicina Interna)
- Prof. Dr. Miguel Galvão (Médico Imuno-Hemoterapia)
- Dr.ª Ana Freixo (Médica Imuno-Hemoterapia)
- Enf. Fernando Sá de Jesus (Enfermeiro Adjunto da Enfermeira Diretora)
- Enf.ª Ana Paula Sebastião (Enfermeira Gestora Imuno-Hemoterapia)
- Enf.ª Isabel Corte-Real (Enfermeira Gestora Hospital de Dia de Imuno-Hemoterapia)
- Enf.ª Filipa Aguiar (Enfermeira)
- Enf. Ruben Cardoso (Enfermeiro)
- Técnica Laura Mendes (TSDT Imuno-Hemoterapia)
- Técnico Nuno Fernandes (TSDT Imuno-Hemoterapia)
- Técnica Ana Isabel Esteves (TSDT Imuno-Hemoterapia)
- Dr. Pedro Valente Santos (Serviço de Sistemas de Informação)

#### Principais Atividades da Comissão Transfusional

- Reuniões com periodicidade mensal
- Principais matérias abordadas:

- Segurança Transfusional.
- Ponto de situação na implementação do sistema Btrac e análise de dados recolhidos.
- Delineamento de datas de expansão a outros serviços da ULSSM
- Implementação do código ISBT128.
- Acompanhamento da implementação do sistema de Segurança Transfusional no Hospital Dia de Imuno-Hemoterapia - polo HSM.
- Arranque do programa de Implementação do sistema de Segurança Transfusional no Hospital Dia de Imuno-Hemoterapia - polo HPV.
- Agendamento de implementação do Sistema de Segurança Transfusional no Hospital Dia de Oncologia - polo HPV

#### Comissão de Harmonização e Boas Práticas (CHBP)

##### Competências da Comissão de Harmonização e Boas Práticas – CSH

A Comissão de Harmonização e Boas Práticas (CHBP) tem por objetivo definir de modo uniforme as especificações técnicas e a nomenclatura para as diferentes categorias de bens e serviços a adquirir pela ULSSM no que respeita a material de consumo clínico, material de consumo corrente e obras.

##### Constituição da Comissão de Harmonização e Boas Práticas (CHBP):

- Presidente: Francisco Antonio Alvelos de Sousa Matoso - Vocal Executivo do Conselho de Administração.

##### Membros:

- Ana Catarina da Silva Ferreira Sebastião – Farmacêutico Assistente
- Ana Paula Gama Gomes Prata – Enfermeira Gestora
- Célia Marina dos Santos Cuco – Enfermeira Gestora
- Francisco João Salvado e Silva – Adjunto do Diretor Clínico
- Fernando Miguel Reis Ribeiro – Técnico Superior Diretor
- José Girão Samora Fonseca – Assistente Hospitalar Graduado
- Nuno Manuel Marques Loureiro – Diretor do Serviço de Logística e Stocks

#### **Principais Atividades da Comissão de Harmonização e Boas Práticas**

- Analisar e pronunciar-se sobre a introdução de novos dispositivos médicos na ULSSM

#### **Competências da Comissão de Harmonização e Boas Práticas – CSP**

De acordo com o Despacho nº.10901/2022 de 8 de setembro, a UL-PPCIRA dos Cuidados de Saúde Primários tem como objetivos: i) a redução da taxa de infecção associada aos cuidados de saúde, ii) a promoção do uso correto de antimicrobianos e iii) a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos em contexto de cuidados de saúde primários.

De acrescentar que de modo a garantir a melhor integração e continuidade de cuidados entre diferentes níveis de cuidados de saúde espelhados no modelo de ULS, iniciou-se a colaboração entre as três UL-PPCIRA existentes na ULS Santa Maria (hospitalar e de CSP na área geográfica de Lisboa Norte e Mafra).

Atualmente a equipa de Lisboa Norte tem a seguinte constituição:

- Margarida Paixão - Coordenadora, Médica Especialista em Saúde Pública
- Ana Fortes – Enfermeira Especialista de Saúde Comunitária
- Ana Teresa Vieira - Enfermeira Especialista de Saúde Comunitária
- Teresa Antunes - Enfermeira Gestora
- Inês Fernandes - Técnica de Saúde Ambiental
- Paula Pereira – Técnica de Saúde Ambiental
- Regina Dias – Técnica de Saúde Ambiental e Gestora do Programa de Resíduos Hospitalares
- Susana do Canto - Técnica de Saúde Ambiental

#### **Principais atividades:**

As atividades desenvolvidas pela equipa estão organizadas em três objetivos principais: 1) aumentar a implementação da Estratégia Multimodal em Precauções Básicas de Controlo de Infecção (EM-PBCI) nas UF de; 2) informar, formar, divulgar e articular com os diversos níveis do PPCIRA e 3) reduzir o consumo de Antibióticos e prevenir as resistências a antimicrobianos (RAM). Relativamente ao Objetivo 3, as atividades são organizadas em torno de 2 temáticas estratégicas: i) promoção do uso correto de antibióticos e ii) prevenção de infecções associadas a cuidados de saúde.

### Comissão Técnica de Certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez

Compete à Comissão Técnica, a certificação da conformidade da interrupção voluntária da gravidez com as circunstâncias previstas no art.º 142 do Código Penal, com vista à interrupção da gravidez.

#### Constituição da Comissão Técnica de Certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez

- Presidente: Dr. José Carlos Pinto Barreto Ferreira - (Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução)

#### Membros:

- Dra. Teresa Margarida da Fonseca Alves Loureiro - (Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução)
- Dra. Ana Berta da Fonseca V Álvares S Ferrand de Almeida – (Genética)
- Dra. Juliette Dupont García – (Genética)
- Dr. José Alberto Freitas Berenguer – (Neonatologia)
- Membros Suplentes:
- Dr. Alexandre Jorge C. Valentim Lourenço - (Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução)
- Profº. André Laboreiro Ferreira Mendes da Graça – (Neonatologia)

#### Principais Atividades da Comissão Técnica de Certificação de Interrupção Médica de Gravidez (CTCIMG)

- A CTCIMG do CHULN/HSM recebe pedidos de interrupção de gravidez, motivados por: causa materna; miocardiopatia descompensada; leucemia mieloide aguda; causa fetal; alterações cromossómicas / genéticas; malformações; restrição de crescimento fetal grave e precoce; rotura prematura de membranas no 2º trimestre/anidrâmnios; restrição de crescimento fetal grave e precoce; fármacos comprovadamente teratogénico; reduções embrionárias; os pedidos recusados são por não preencherem os requisitos previstos no enquadramento legal;
- A Comissão tem reunido regularmente, tendo tido como principais atividades: Discussão de casos clínicos em que é solicitada IMG; Trabalho (ainda em curso) para informatizar as Atas da CCIMG, no sentido de cada membro ter mais tempo para refletir sobre os casos, não sendo interrompido na sua atividade diária; reunião com a Comissão de Ética do CHULN (presidente e jurista da mesma), no sentido de clarificar alguns aspectos da lei que rege os critérios para aceitação legal de IMG; exposição ao Diretor Clínico dúvidas.

### Comissão Local de Informatização Clínica (CLIC)

A CLIC é um órgão consultivo do Conselho de Administração, funcionando na sua dependência direta.

A CLIC é interlocutor direto do Serviço de Sistemas de Informação da ULSSM em matérias relacionadas com os processos de informatização clínica.

Competências da Comissão Local de Informatização Clínica (CLIC):

A CLIC tem por missão primordial promover a implementação e acompanhar a utilização dos Sistemas de Informação em Saúde da ULSSM, nomeadamente através de:

- Definição de estratégias de implementação de Sistemas Clínicos de Informação;
- Promoção das boas práticas de registo clínico;
- Articulação com as iniciativas de promoção da telemedicina.

Constituição da Comissão Local de Informatização Clínica

- Coordenador: Prof. Doutor José António Lopes (Assistente Hospitalar Graduado de Nefrologia).

Membros:

- Dr. Hélder Sobral de Matos (Assistente Hospitalar Graduado de Cirurgia Geral)
- Enf.<sup>ª</sup> Madalena Abrantes (Enfermeira Adjunta)
- Enf.<sup>ª</sup> Filipa Gramacho (Enfermeira em Funções de Chefia)
- Dr. Fernando Ribeiro (Presidente do Conselho Técnico dos TSDT)
- Dr. Pedro Valente (Técnico Superior)

Principais Atividades da CLIC

- Reuniões onde foram identificadas e discutidas questões relacionadas com a informatização clínica da ULSSM;
- Interação com serviços da ULSSM, através dos seus interlocutores (key-users) com a CLIC, com o reporte das principais questões informáticas identificadas com necessidade de resolução;
- Identificação e resolução de problemas de rede;
- Identificação das aplicações informáticas gerais e específicas existentes nos diversos serviços da ULSSM;

- Identificação, pelos key-users dos diferentes serviços, das principais diferenças funcionais das aplicações existentes para avaliar a exequibilidade da utilização única de plataforma única.

### **Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controle de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL – PPCIRA)**

#### **Competências do GCL-PPCIRA**

- Supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos;
- Garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde e de resistências aos antimicrobianos, nomeadamente a vigilância e notificação de microrganismos-problema e de microrganismos alerta e a implementação de auditorias clínicas internas;
- Garantir práticas locais de isolamentos para contenção de agentes multirresistentes, assegurando a gestão racional dos recursos físicos existentes de acordo com a gestão de prioridades de risco e garantindo o fluxo de informação entre serviços e instituições;
- Garantir o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica de infeção e de resistências aos antimicrobianos às unidades clínicas;
- Colaborar no processo de notificação das doenças de declaração obrigatória;
- Promover e corrigir práticas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente no que se refere à higiene das mãos, ao uso de equipamento de proteção individual e de controlo ambiental, sobretudo a higienização de superfícies frequentemente manuseadas;
- Promover e corrigir as práticas de uso de AB, nomeadamente através da implementação de programa de assistência à prescrição antibiótica, tanto em profilaxia como em terapêutica;
- Rever e validar as prescrições de pelo menos, carbapenemes e fluoroquinolonas, nas primeiras 96 horas de terapêutica. Anulação do uso de antibióticos em situações em que não estão indicados ou utilizados por tempo superior ao necessário;
- Ter como interlocutores privilegiados o diretor de serviço e o enfermeiro chefe de cada serviço clínico, podendo as ações de ordem prática ser dinamizadas por um médico e um Enfermeiro de cada serviço, como elos do processo;
- Fazer integrar as suas atividades no plano e relatório anual de atividades da comissão de qualidade e segurança, de acordo com o determinado no despacho número 3635/2013 e no plano de atividades do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.

## Constituição do GCL-PPCIRA

Coordenador: Dra. Carla Isabel Mimoso Santos

Membros:

- Dra. Alda Maria Borges Jordão
- Dra. Ana de Jesus Silva Bruschy da Fonseca
- Enf.<sup>a</sup> Guiomar Maria Correia Ribeiro Prado
- Dra. Isabel Cristina e Castro de Menezes Esteves
- Dr. José Gonçalo Duque Pereira Monteiro Marques
- Dra. Maria Isabel da Luz Félix
- Enf.<sup>a</sup> Maria Teresa Nunes Lourenço Amores de Sousa
- Dr. Nuno Miguel Lameirão Serrano Marçal
- Dr. Sérgio Eduardo Rodrigues Carvalho Paulo
- Enf.<sup>a</sup> Sónia Maria Albano Lopes
- Dr. Tiago Miguel Pinheiro Gonçalves Marques
- Enf.<sup>a</sup> Sónia Margarida Meireles Dinis
- Enf.<sup>a</sup> Susana Isabel Evangelista Marreiros

## Principais Atividades GCL-PPCIRA

- Vigilância dos Microorganismos Epidemiologicamente Importantes
  - Vigilância Epidemiológica
  - Visita aos Serviços
  - Implementação de medidas de isolamento ou corretivas
  - COVID-19
    - Elaboração e atualização de planos de contingência
    - Monitorização ativa
    - Implementação de medidas corretivas e elaboração de orientações
    - Serviços de Urgência: separação dos doentes com suspeita de infecção respiratória aguda
    - Internamento hospitalar: separação dos doentes com COVID-19, formação de coortes
    - Monitorização de surtos nosocomiais
    -

- Estudos de Colonização
  - Serviço de Nefrologia
  - Serviço de Hematologia
- Programas de Vigilância da D.G.S.
  - HAI-NET SSI
    - Cirurgia colo-Retal
  - HAI-NET UCI
  - HAI-NET UCIN
  - INCS (Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea):
    - Abrangeu mais de 90% dos serviços de internamento
- Campanha Nacional de Higiene das Mãos
- Comemoração do Dia Mundial da Higiene das Mãos – 5/mai
- Programa de Apoio à Prescrição Antimicrobiana (PAPA)
- Pareceres:
  - Planos de obras e remodelações, aquisição de bens e serviços, incluindo a participação em comissões técnicas de escolha, uso de desinfetantes, antissépticos e antimicrobianos.
- Formação
  - Ações de Formação que abrangem todos os grupos profissionais;
  - Orientação de enfermeiros e médicos em estágios de controlo de infecção
- Participação ativa em congressos nacionais e internacionais

### Direção do Internato Médico

Estatuto Legal (de acordo com a Portaria n.º 224-B/2015)

A Direção do Internato Médico assume funções de natureza eminentemente operacional, competindo-lhe:

- Garantir a aplicação dos programas de formação do internato médico;
- Promover e zelar pela sequência e correta articulação entre os vários estágios do internato médico;
- Aprovar, no início da formação, o cronograma do internato médico, assim como as alterações que venham a ser sugeridas sobre o mesmo;
- Orientar e acompanhar o desenvolvimento geral do internato médico e a avaliação dos médicos internos;
- Verificar a adequação das condições de formação;

- Organizar, os elementos do processo individual dos médicos internos relevantes para o internato;
- Assegurar o preenchimento dos questionários e outros suportes online, com a informação relativa à idoneidade e capacidade formativa das instituições, serviços ou unidades de saúde;
- Assegurar os processos de avaliação contínua e garantir a permanente atualização do registo da avaliação no processo individual dos médicos internos;
- Designar os orientadores de formação;
- Designar os responsáveis de estágio;
- Substituir os orientadores de formação ou responsáveis de estágio, sempre que tal substituição contribua, de forma objetiva, para um melhor cumprimento dos objetivos do programa de formação;
- Pronunciar-se sobre os assuntos relativos à formação sempre que solicitados pela CRIM, pelo CNIM, pelos órgãos de gestão dos respetivos serviços, instituições e unidades de saúde ou pela ACSS, I. P.;
- Colaborar no processo de avaliação final de internato quando realizado na sua instituição;
- Garantir a inscrição dos candidatos à avaliação dentro dos prazos previstos para o efeito;
- Garantir a aplicação das orientações emanadas pela CRIM e CNIM;
- Contribuir para a manutenção do sistema de gestão do percurso do médico interno.

#### Constituição da Direção do Internato Médico

- Diretor do Internato Médico (Adjunto do Diretor Clínico):
- Dra. Filipa Lança (Anestesiologia)

#### Assessores da Direção do Internato Médico:

- Dr. Nuno Daniel Gaibino da Silva (Medicina Intensiva)
- Dr. Maria Teresa Rosario Gomes Rodrigues Mirco Valentim Lourenco (Medicina Física Reabilitação)
- Dra. Alexandra Sofia Almeida Henriques Sarmento (Ginecologia)

#### Resumo da Atividade da Direção do Internato Médico

- Promoção da aplicação dos programas de formação do internato médico, garantindo o cumprimento da sequência e da correta articulação entre os vários estágios do internato médico;
- Verificação de todos os estágios intra-Serviços do CHULN e inter-Instituições, solicitados pelos internos, com fundamentação pelos Orientadores de Formação e Diretores de Serviço, com garantia de enquadramento no plano formativo legislado;

- No primeiro trimestre da formação, solicitação aos Diretores de Serviço do plano de formação individualizado de cada interno de formação específica, para aprovação;
- Promoção da orientação e acompanhamento do internato médico e a avaliação dos médicos internos, em estreita colaboração com os diretores dos serviços, nomeadamente com solicitação aos Diretores de Serviço das Avaliações em atraso, afim de serem introduzidas na Aplicação existente na DIM;
- Organização e atualização do processo individual informatizado dos médicos internos, com digitalização de todos os documentos dos Internos, submetendo-os posteriormente a gravação na Gestão Documental e associação à nossa Base de Dados no respetivo processo individual de cada Interno (em Acess);
- Assegurar o preenchimento dos questionários e outros suportes online, com a informação relativa à idoneidade e capacidades formativas, enviando todos os anos, durante o mês de janeiro, os inquéritos para os Diretores de Serviço, que posteriormente são validados um a um pela Direção do Internato Médico. Do resultado desses inquéritos é elaborado um mapa com as vagas solicitadas pelos respetivos Serviços, para ser validado pelo Conselho de Administração da ULSSM;
- Orientação da distribuição dos médicos internos, em parceria com a Comissão de Internos. As vagas por Serviço são atribuídas pela Direção do Internato, de acordo com a Direção Clínica;
- Assegurar os processos de avaliação contínua dos médicos internos;
- Designação dos orientadores de formação e os responsáveis de estágios, sob proposta dos Diretores de Serviço, e substituí-los sempre que houve justificação formal;
- Garantir a realização dos cursos obrigatórios, pela Regulamento da Formação Geral, aos internos de formação geral. Cinco destes cursos são assegurados pelo nosso Centro de Formação e dois pela CRIMLvt;
- Informar e garantir a realização das visitas de idoneidade formativa solicitadas pelos vários colégios da especialidade da Ordem dos Médicos, recebendo institucionalmente, em representação da Direção Clínica, o grupo de verificação designado;
- Pronúncia sobre os assuntos relativos à formação sempre que solicitados pela CRIM-LVT, pelo CNIM, ou pela ACSS, I. P.;
- Colaboração no processo de avaliação final de internato quando realizado na ULSSM sempre em estreita colaboração com os Serviços Clínicos;
- Garantia da inscrição dos candidatos à avaliação final, dentro dos prazos previstos para o efeito;
- Informar a ACSS, I. P., sobre a não comparência dos médicos na sequência da publicação da lista final de médicos colocados no internato médico, através de e-mail criado para este efeito (avalfinal-im.drh@acss.min-saude.pt);

- Informar os pedidos de suspensão de internato, remetendo-os à CRIM-LVT para parecer;
- Informar os pedidos de reafectação que ocorreram entre instituições, serviços ou unidades de saúde, com posterior envio à CRIM-LVT para parecer;
- Informar os pedidos de realização de formação externa, remetendo-os ao Conselho de Administração com posterior parecer da CRIM-LVT;
- Participação, em representação da ULSSM, nas reuniões quinzenais da CRIM-LVT e mensais do CNIM.

### Equipa para a Prevenção da Violência no Adulto

A Equipa para a Prevenção da Violência no Adulto tem como missão, reconhecer a violência, em todas as suas dimensões, como um preocupante problema de saúde pública, cujo impacto negativo na vida dos cidadãos pode acontecer em qualquer fase do ciclo de vida.

Constituída no CHULN em 2016, a Equipa de Prevenção da Violência nos Adultos (EPVA), de acordo com o Despacho n.º 6378/2013, enquadra-se na Ação para a Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida. O seu âmbito de atuação visa, sobretudo, a promoção da igualdade e, em particular, a equidade na saúde; a prevenção das diversas formas de violência interpessoal e a articulação funcional com os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, promovendo uma intervenção integrada no domínio da violência em adultos.

Esta equipa desenvolve a sua atividade em autonomia técnica e funcional, em intercooperação com as Unidade Funcionais da ULSSM. Tem na sua constituição, preferencialmente, profissionais mais vocacionados e/ou experientes em matéria de prevenção da violência em adulto, em particular no domínio da violência doméstica. A equipa reúne-se quinzenalmente.

#### Constituição da Equipa para a Prevenção da Violência no Adulto

- Coordenadora da EPVA: Dra. Célia Pereira - Assistente Social
- Enf.ª Ana Mirco - Enfermeira Especialista no SUC
- Dr. Jaques Santos - Medico internista no SUC
- Dra. Sofia Pereira - Assistente Social

#### Resumo da Atividade da Equipa para a Prevenção da Violência no Adulto

- Difundir informação e incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria;
- Coletar e organizar a informação casuística sobre as situações de violência atendidas no Hospital;

- Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos;
- Estabelecer a colaboração com outros projetos e recursos comunitários..

Verificamos igualmente que muitas das situações que chegaram ao serviço de urgência já vinham referenciadas às autoridades policiais. Estamos em crer, que a pandemia alertou para as situações de violência doméstica ao longo do ciclo da vida (isolamento/ confinamento), podendo serem vistos os recursos da comunidade como agentes de primeira linha. Consideramos ainda que a diminuição das referencições poderá também ser explicada pelo facto de ter havido uma renovação dentro das equipas do Serviço de Urgência Central (corpo clínico, equipa de enfermagem e equipa de serviço social) havendo uma necessidade de formação dentro desta área.

### Comissão de Catástrofe e Emergência Interna

#### Competências da Comissão de Catástrofe e Emergência Interna

À comissão de catástrofe e emergência interna compete apoiar os órgãos de administração em tudo o que respeita ao bom desempenho das suas atribuições na matéria, designadamente:

- Assegurar a articulação e colaboração com o Serviço Nacional de Proteção Civil e demais entidades com competências nesta área;
- Promover a elaboração dos planos de catástrofe e de emergência interna, programando a atuação do Centro Hospitalar nas situações de maior risco potencial na área do concelho de Lisboa e solicitar as necessárias vistorias.

#### Constituição da Comissão de Catástrofe e Emergência Interna

- Coordenadora: Ângela Cristina Bilhota Garcia Alves - Assistente Graduada Séniior Hospitalar de Anestesiologia

#### Membros:

- Dr. João Luis Magalhães Godinho Pereira de Gouveia - Assistente Graduado Hospitalar de Urgência e Medicina Intensiva
- Dra. Rute Andrade Pais Pinto Reis - Administradora Hospitalar
- Dr. Francisco Carvalho Guerra Abecasis - Assistente Graduado Hospitalar de Pediatra Médica
- Enf. Carlos Manuel Martins Neto - Enfermeiro Gestor

- Joaquim Ferreira Alves – Oficial de Segurança
- Dra. Patricia Isabel Oliveira Conde - Assistente Graduado Hospitalar de Anestesiologia
- Dra. Rita de Almeida Conde - Assistente Hospitalar de Anestesiologia

### Grupo de Trabalho para a Humanização Hospitalar

Constituição do Grupo de Trabalho para a Humanização Hospitalar

- Coordenadora: Dra. Teresa Isabel Crisóstomo Campos Bandeira (Pediatria)

Membros:

- Dra. Maria Argentina Brota de Andrade Castilho (Serviço Social e Gabinete do Cidadão)
- Dra. Joana Filipa Martins da Silva, (Serviço de Instalações e Equipamentos)
- Dra. Madalena Amaral da Silva Rocha, (Administradora Hospitalar)
- Dr. Pedro Alexandre Vilela Marques, Assessor do Gabinete de Comunicação
- Dra. Sandra Luísa Madeira Silva, (Serviço Social e Gabinete do Cidadão)
- Dra. Sónia Cláudia Pinheiro da Silva Alho Matias, (Serviço de Recursos Humanos)
- Dra. Teresa Paula dos Santos Lopes da Silva, (Unidade de Gestão Hoteleira)
- Enf<sup>a</sup> Maria da Graça Andrade Mendes, (Enfermeira Gestora)

### Grupo de Avaliação de Doações

Constituição do Grupo de Avaliação de Doações

- Coordenadora: Dra. Ana Mónica Henrique Rodrigues Lopes dos Reis, Administradora Hospitalar

Membros:

- Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Elisa Encarnação Pedro Amorety Fernandes, Assistente Graduada Séniior Hospitalar;
- Enf<sup>a</sup>. Maria Madalena Trindade Abranches, Enfermeira Adjunta do Enfermeiro Diretor;
- Dra. Ana Paula Lourenço Ribeiro, Diretora do Serviço de Gestão de Compras;
- Dra. Maria de Jesus Figueiredo Cordeiro Barata, Diretora do Serviço Gestão Financeira;
- Dr. Nuno Miguel Simão Marcelino, Técnico Superior responsável da Tesouraria
- Dra. Vanessa Alexandra Duarte Tavares Amaral, Chefe de Divisão do Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Téc. Filipe Manuel de Oliveira Garcia, Especialista Informático do Serviço de Sistemas de Informação

### Comissão de Introdução e Análise de Reagentes Laboratoriais

#### Constituição da Comissão de Introdução e Análise de Reagentes Laboratoriais

##### Presidente

Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Cristina Costa Santos Ferreira – (Anatomia Patológica)

##### Membros

- Dra. Anabela Jacinto de Sousa Brites Romão Sequeira – (Imunohemoterapia)
- Dra. Catarina Adelaide Almeida de Oliveira – (Administradora Hospitalar)
- Dra. Guilhermina Maria Fernandes Gaião Marques – (Patologia Clínica)
- Dra. Sara Filipa de Mendonça Azevedo – (Farmacêutica)

### Comissão Proteção Radiológica

##### Presidente

Mário de Figueiredo Bernardino - adjunto do Conselho de Administração

##### Membros

- Prof<sup>a</sup> Ema Maria Sacadura Leite Resende, Diretora de Serviços de Saúde Ocupacional;
- Mário de Figueiredo Bernardino, Adjunto do Conselho de Administração;
- João José Baeta Leitão, Assistente Graduado Hospitalar e Diretor do Serviço de Imagiologia;
- Joaquim Alves, Oficial de Segurança;
- Maria Esmeralda Ramos Poli, Assistente Saúde - Técnico Superior de Saúde;
- Paula Cristina Charro Barradas Aroeira da Conceição, Técnica Superior Especialista Principal Áreas Diagnóstico e de Terapêutica;
- Rita Sofia Morgado Ferreira, Assistente Saúde - Técnico Superior de Saúde;
- Vanessa Alexandra Duarte Tavares Amaral, Chefe de Divisão, do Serviço de Instalação e Equipamentos.

### **Comissão para Prevenção e Controlo Ambiental da bactéria Legionella**

**Presidente:**

Enf.<sup>a</sup> Carla Cristina Matos Apolinário Martins Ribeiro, Vocal Executiva do Conselho de Administração e Enfermeira Diretora;

**Membros:**

- Eng.<sup>º</sup> António Humberto de Sousa Andrade Pinheiro de Macedo, Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Dr. Álvaro Sendim Aires Pereira, Assistente Graduado Séniior Hospitalar, Diretor do Serviço de Doenças Infeciosas e Consultor da Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (ULPPCIRA);
- Dr. Luís Miguel Costa de Mendonça Galaio, Assistente Graduado Hospitalar, Serviço de Saúde Ocupacional;
- Dra. Maria Isabel Diegues António, Técnica Superior de Diagnóstico e Terapêutica, Departamento de Oncologia, Serviço de Radioterapia;
- Enf.<sup>a</sup> Maria Teresa Nunes Lourenço Amores de Sousa, Enfermeira Especialista, Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (ULPPCIRA);
- Eng.<sup>º</sup> Nuno Alexandre Dias Jorge, Diretor do Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Dra. Ludgera Sofia Folgado Barata Neves, Técnica Saúde do Ambiente da Unidade de Saúde Pública;
- Pedro Jorge Ferreira Lopes Freire, Assistente Técnico, Serviço de Instalações e Equipamentos.

## D. Fiscalizações<sup>5</sup>

1. Identificação do órgão de fiscalização correspondente ao modelo adotado: Fiscal Único, Conselho Fiscal, Comissão de Auditoria, Conselho Geral e de Supervisão ou Comissão para as Matérias Financeiras

Segundo o disposto no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 agosto, e devidas atualizações pelo Decreto-lei n.º102/2023 de 7 novembro de 2023 e Decreto-Lei n.º82/2023 de 29 dezembro de 2023, a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial da ULSSM é exercida por um Conselho Fiscal e por um Revisor Oficial de Contas, de acordo com a Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro que aprova o Regime Jurídico da Supervisão de Auditoria.

Este órgão de fiscalização é constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o Presidente do órgão e por um Revisor Oficial de Contas ou por uma Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, que não seja membro daquele órgão, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

Os membros do Conselho Fiscal são nomeados por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, por um período de três anos, renovável por uma única vez.

O Conselho Fiscal do CHULN foi nomeado por Despacho Conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e das Finanças e da Secretaria de Estado da Saúde, de 10 setembro e 2 de outubro de 2024, respectivamente, para o mandato 2024-2026, sendo composto pelos seguintes membros:

- Presidente: Marlene Lopes Fernandes
- Vogal: Mahomed Ashif Mohamad Bashir
- Vogal: Paulo Jorge Rodrigues Mateus
- Vogal Suplente: Patricia Isabel Silvestre Ataíde

Na sequência da renúncia do Vogal Efetivo Dr. Mahomed Ashif Mohamad Bashir em 3/2/2025 procedeu-se à recomposição do Conselho Fiscal, passando a suplente Dr.ª Patricia Ataíde a exercer as funções de Vogal Efetiva.

A remuneração do Conselho Fiscal é fixada no despacho de nomeação, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação do Hospital

<sup>5</sup> Relativamente ao Fiscal Único deverá ser prestada a informação a que se referem os pontos 1 a 4 deste tópico V. D. Fiscalização e bem assim a informação a que se refere o tópico E. Revisor Oficial de Contas (ROC).

EPE, estabelecidos na resolução do Conselho de Ministros, a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público. Cessando o mandato do Conselho Fiscal e do Revisor Oficial de Contas, os titulares mantêm-se em exercício de funções até à designação de novos ou à declaração ministerial de cessação de funções.

*2. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do órgão de fiscalização.*

Os elementos curriculares dos membros do Conselho Fiscal são apresentados em anexo a este Relatório (Anexo 3).

*3. Procedimentos e critérios aplicáveis à intervenção do órgão de fiscalização para efeitos de contratação de serviços adicionais ao auditor externo;*

Em 2024 não foram contratados quaisquer serviços adicionais a serviços de auditoria ao auditor externo.,

*4. Outras funções dos órgãos de fiscalização e, se aplicável, da Comissão para as Matérias Financeiras.*

O órgão de fiscalização não desempenhou quaisquer outras funções na ULSSM.

*5. Indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros e duração estatutária do mandato dos membros, consoante aplicável, do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras.*

*6. Composição, consoante aplicável, do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras, ao longo do ano em referência, indicando os membros efetivos e suplentes, data da primeira designação e data do termo de mandato de cada membro. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou). Informação a apresentar segundo o formato seguinte:*

## Quadro 10 – Composição do Conselho Fiscal 2017-2019

Mandato (início-fim)	Cargo	Nome	Designação		Estatuto remuneratório (mensal)
			Forma	Data	
2017-2019	Presidente	José Maria Monteiro de Azevedo Rodrigues	Despacho SET/SES	29/11/2017	Não remunerado
2017-2019	Vogal Efetivo	Paulo Guilherme Fernandes Lajoso	Despacho SET/SES	29/11/2017	-
2017-2019	Vogal Efetivo	Carla Sofia Reis Santos	Despacho SET/SES	29/11/2017	1.149,39€
2017-2019	Vogal Suplente	Maria Teresa Vasconcelos Abreu Flôr Morais	Despacho SET/SES	29/11/2017	Não remunerado

O Vogal Efetivo Dr. Paulo Lajoso exerceu funções até 1 de agosto de 2021 tendo nessa data sido publicada a sua aposentação/reforma através do aviso nº 12682/2021 de 1 de agosto de 2021, emitido pela Caixa Geral de Aposentações, I.P.

No final do primeiro trimestre de 2022, o Sr. Presidente Dr. Azevedo Rodrigues reformou-se por limite de idade, tendo em 2023 alertado a Tutela para este fato, reforçando a ausência de nomeação de Conselho Fiscal para o CHULN.

## Quadro 11 – Composição do Conselho Fiscal 2024-2026

Mandato (início- fim)	Cargo	Nome	Designação		Estatuto remuneratório (mensal)
			Forma	Data	
2024-2026	Presidente	Marlene Fernandes	Despacho SETF/SES	10/9/24 e 2/10/24	1.462,62€
2024-2026	Vogal Efetivo	Mahomed Bashir	Despacho SETF/SES	10/9/24 e 2/10/24	-
2024-2026	Vogal Efetivo	Paulo Jorge Mateus	Despacho SETF/SES	10/9/24 e 2/10/24	1.096,97€
2024-2026	Vogal Suplente	Patricia Ataíde	Despacho SETF/SES	10/9/24 e 2/10/24	Não remunerado

7. Identificação, consoante aplicável, dos membros do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras que se considerem independentes, nos termos do n.º 5 do artigo 414.º, do CSC.

Os elementos do Conselho Fiscal preenchem os requisitos de independência previstos no n.º 5 do art.º 414º do Código das sociedades comerciais, dado que não se encontram associados a qualquer grupo de interesses na

sociedade, nem se encontram em alguma circunstância suscetível de afetar a sua isenção de análise ou de decisão e exercem o seu primeiro mandato no cargo.

*8. Caracterização do funcionamento do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras, indicando designadamente, consoante aplicável:*

*a) Número de reuniões realizadas e respetivo grau de assiduidade por parte de cada membro, apresentados segundo o formato seguinte:*

No exercício de 2024 o anterior CF não realizou reuniões para o período de 1 de janeiro a 1 de fevereiro de 2024 pois encontrava-se reduzido a um vogal efetivo. O CF em funções, realizou 3 reuniões de 27 de novembro a 31 de dezembro de 2024 (nomeação em 27/11/24), com o seguinte grau de assiduidade dos respetivos membros:

<b>Membro do CF - triénio 2024-2026</b>		<b>Grau de assiduidade</b>
<b>Presidente</b>	<b>Marlene Fernandes</b>	<b>100%</b>
<b>Vogal</b>	<b>Paulo Mateus</b>	<b>100%</b>
<b>Vogal</b>	<b>Mahomed Bashir</b>	<b>-</b>

*b) Cargos exercidos em simultâneo em outras empresas, dentro e fora do grupo, e outras atividades relevantes exercidas pelos membros daqueles órgãos no decurso do exercício;*

Esta Informação encontra-se disponível no Anexo 3.

## E. Revisor Oficial de Contas (ROC)

1. *Identificação, membros efetivo e suplente, da Sociedade de Revisores Oficiais de Contas (SROC), do ROC e respetivos números de inscrição na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas (OROC) e na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários (CMVM), caso aplicável, e dos sócios ROC que a representam. Indicação do número de anos em que o ROC exerce funções consecutivamente junto da empresa e/ou grupo. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou). Informação a apresentar segundo o formato seguinte:*

Para o triénio 2022-2024 é designado, por Despacho Conjunto do SET e do SES, em 24 janeiro de 2022, enquanto Revisor Oficial de Contas do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E., a sociedade João Cipriano & Associados, SROC, Lda, com inscrição na OROC n.º 119, com o registo na CMVM n.º 20161438, com o número de identificação fiscal 503342742, representada pelo sócio ROC João Amaro Santos Cipriano, inscrito na OROC com o n.º 631 e na CMVM com o n.º 20160277.

De acordo com o nº 6 do artº15º dos Estatutos em vigor, cessando o mandato do ROC, mantém-se o titular em exercício de funções até à designação de novo revisor ou à declaração ministerial de cessação de funções.

2. *Indicação das limitações, legais e outras, relativamente ao número de anos em que o ROC presta serviços à empresa.*

A ULSSM é qualificada como uma entidade de interesse público, nos termos do Regime Jurídico da Supervisão da Auditoria, aprovado pela Lei n.º 148/ 2015, de 9 de setembro, dispondo o n.º 1, do artigo 15.º, dos seus Estatutos que nas entidades públicas empresariais, abrangidas pelo regime constante dessa mesma Lei, determina que a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial seja exercida por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas ou por uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão (ROC), obrigatoriamente, de entre os auditores registados na Comissão do Mercado dos Valores Mobiliários. Este ROC, ao abrigo do n.º 4 do artigo 15.º dos Estatutos do Hospital nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável apenas uma vez.

3. Indicação do número de anos em que a SROC e/ou o ROC exerce funções consecutivamente junto da empresa/grupo, bem como indicação do número de anos em que o ROC presta serviços nesta empresa, incluindo o ano a que se refere o presente relatório, bem assim como a remuneração relativa ao ano em referência, apresentados segundo o formato seguinte:

**Quadro 12 – Número de anos em que o ROC exerce funções na entidade/grupo**

Mandato (início- fim)	Cargo	Identificação SROC/ROC							N.º de anos de funções exercidas no grupo	N.º de anos de funções exercidas na entidade
		Nome	N.º inscrição na OROC	N.º Registo na CMVM	Forma (1)	Data	Contratada			
2016 - 2019 (realizado em 2018)	ROC	João Cipriano & Associados	119	20161438	Despacho	06/11/2018		3	3	
		SROC, Lda., representada por João Amaro Santos Cipriano	631		Conjunto do SET e SES					
2020- 2022	ROC	João Cipriano & Associados	119	20161438	Proposta	outubro/2020		3	3	
		SROC, Lda., representada por João Amaro Santos Cipriano	631		Conselho Fiscal					
2022- 2024	ROC	João Cipriano & Associados	119	20161438	Despacho	24/01/22		3	3	
		SROC, Lda., representada por João Amaro Santos Cipriano	631		Conjunto do SET e SES					

**Quadro 13 – Remuneração do ROC relativa ao ano de 2024**

Nome	Remuneração Anual Bruta
João Cipriano & Associado SROC, Lda. - CLC 23	24.304,72 €

4. Descrição de outros serviços prestados pela SROC à empresa e/ou prestados pelo ROC que representa a SROC, caso aplicável.

No âmbito de uma candidatura ao IAPMEI foi solicitado um relatório de análise de pedido de pagamento - "Relatório de Preços de Mercado para Serviços integrado no Projecto TB4 Health".

## F. Conselho Consultivo (caso aplicável)

1. *Composição, ao longo do ano em referência, com indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração estatutária do mandato, número de membros efetivos e suplentes, data da primeira designação e data do termo de mandato de cada membro. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).*

O Conselho Consultivo do CHULN/ULSSM não foi nomeado para os seguintes triénios 2019-2021; 2022-2024.

## G. Auditor Externo (caso aplicável)

1. *Identificação do auditor externo designado e do sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções, bem como o respetivo número de registo na CMVM, assim como a indicação do número de anos em que o auditor externo e o respetivo sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções exercem funções consecutivamente junto da empresa e/ou do grupo, bem assim como a remuneração relativa ao ano em referência, apresentados segundo o formato seguinte:*

A Unidade Local de Saúde de Santa Maria, não contratou nenhum serviço de auditoria externa.

2. *Explicitação<sup>6</sup> da política e periodicidade da rotação do auditor externo e do respetivo sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções, bem como indicação do órgão responsável pela avaliação do auditor externo e periodicidade com que essa avaliação é feita.*

Não se aplica por não existir auditor externo, conforme referido no ponto 1.

3. *Identificação de trabalhos, distintos dos de auditoria, realizados pelo auditor externo para a empresa e/ou para empresas que com ela se encontram em relação de domínio, bem como indicação dos procedimentos internos para efeitos de aprovação da contratação de tais serviços e indicação das razões para a sua contratação.*

Não se aplica por não existir auditor externo, conforme referido no ponto 1.

<sup>6</sup> Acompanhada de menção à legislação aplicável.

4. *Indicação do montante da remuneração anual paga pela empresa e/ou por pessoas coletivas em relação de domínio ou de grupo ao auditor e a outras pessoas singulares ou coletivas pertencentes à mesma rede<sup>7</sup> e discriminação da percentagem respeitante aos seguintes serviços, apresentado segundo o formato seguinte:*

Não se aplica por não existir auditor externo, conforme referido no ponto 1.

---

<sup>7</sup> Para efeitos desta informação, o conceito de rede é o decorrente da alínea p) do artigo 2.º do Regime Jurídico da Supervisão de Auditoria, aprovado pelo artigo 2.º da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro, alterada pela Lei n.º 35/2018, de 20 de julho.

## VI. Organização Interna

### A. Estatutos e Comunicações

#### *1. Indicação das regras aplicáveis à alteração dos estatutos da empresa.*

A ULSSM rege-se pelo Decreto Lei nº 102/2023 que procedeu à sua criação e pelos seus Estatutos que se encontram nos Capítulo IV do Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto, conforme estipulado pelo artigo 15º, nº 2 do referido diploma.

#### *2. Caracterização dos meios e política de comunicação de irregularidades ocorridas na empresa.*

Conforme definido no artigo 87º dos Estatutos dos Hospitais E.P.E. (Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto), os Hospitais E.P.E. dispõem de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, sendo a implementação e manutenção deste sistema uma responsabilidade do Conselho de Administração, e a sua avaliação, uma atribuição do Auditor Interno. Este enquadramento é reforçado tanto pela Lei nº 93/2021, de 20 de dezembro, que transpõe a Diretiva (UE) 2019/1937 relativa à proteção das pessoas que denunciam violações do direito da União, como pelo Decreto-Lei nº 109-E/2021, de 9 de dezembro, que estabelece o regime geral de prevenção da corrupção e infrações conexas, promovendo a transparência, a integridade e a responsabilidade nas entidades públicas e privadas.

Em alinhamento com estas obrigações legais, o Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades, aprovado pelo Conselho de Administração em 26 de janeiro de 2015, foi atualizado para incorporar as disposições e os princípios destes novos marcos legais. Esta atualização visa fortalecer os mecanismos de prevenção, deteção e comunicação de irregularidades, enfatizando a responsabilidade de todos os colaboradores da entidade e dos prestadores externos em manter um elevado padrão de conduta, promovendo a comunicação de quaisquer irregularidades através de canais seguros e protegidos.

O regulamento revisto destaca a importância de uma cultura organizacional baseada na ética e transparência, disponibilizando na intranet do hospital um canal dedicado ([irregularidades.sai@ULSSM.min-saude.pt](mailto:irregularidades.sai@ULSSM.min-saude.pt)) para a comunicação de irregularidades. Este canal garante a confidencialidade e a proteção dos dados dos denunciantes, em linha com as melhores práticas e os requisitos legais estabelecidos pelo Decreto-Lei nº 109-E/2021 e pela Lei nº 93/2021, assegurando que os processos de denúncia sejam acessíveis, eficientes e eficazes.

*3. Indicação das políticas antifraude adotadas e identificação de ferramentas existentes com vista à mitigação e prevenção de fraude organizacional.*

No âmbito das políticas antifraude adotadas e identificação de ferramentas existentes com vista à mitigação e prevenção da fraude organizacional, a ULSSM no seu Plano de Prevenção de Riscos de Gestão e de Corrupção e Infrações Conexas, pretendeu sistematizar o sistema de gestão de riscos do Hospital, identificando os riscos relevantes, sendo, paralelamente, efetuada a respetiva avaliação, assim como as medidas preventivas adotadas como resposta aos riscos estabelecidos, numa série de áreas abrangentes desde Gestão de Compras, Recursos Humanos, Financeira e Logística e Hoteleiros.

## **B. Controlo interno e Prevenção de Riscos<sup>8</sup>**

*1. Informação sobre a existência de um Sistema de Controlo Interno (SCI) compatível com a dimensão e complexidade da empresa, de modo a proteger os investimentos e os seus ativos (este deve abranger todos os riscos relevantes para a empresa).*

A Unidade Local de Saúde de Santa Maria EPE dispõe de vários mecanismos que contribuem para a redução dos riscos relevantes entre os quais destacamos:

- Existência de um Serviço de Auditoria Interna;
- Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas e respetivo Relatório Anual;
- Regulamento Interno;
- Regulamento de Comunicação de Irregularidades;
- Segregação de Funções;
- Formação Contínua;
- Serviço de Certificação;
- Comissão de Catástrofe e Emergência Interna;
- Regulamento da Comissão de Ética.

---

<sup>8</sup> Querendo, a entidade poderá incluir síntese ou extrato (s) de Manual ou Código que satisfaça (m) o requerido. Tal formato de prestação da informação implica que o texto seja acompanhado das adequadas referências que permitam identificar as partes da síntese ou extrato (s) que satisfazem cada uma das alíneas.

Dada a relevância de um Sistema de Controlo Interno eficaz e eficiente, e, no sentido de reforçar o sistema de controlo interno já existente, o Conselho de Administração procedeu, em 2013, ao reforço da função Auditoria Interna, com a criação do Serviço de Auditoria Interna.

Adicionalmente, e de forma a dar cumprimento ao disposto no n.º 4 do artigo 17.º-A do Decreto-Lei n.º 244/2012, foi aprovado em 2015 o Regulamento de Comunicação de Irregularidades, através do qual são definidas as regras e procedimentos de comunicação de irregularidades. Paralelamente, foi iniciada em 2019 a revisão do Plano de Prevenção de Risco de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas.

Este Serviço está previsto nos Estatutos da ULSSM e tem como competência a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo. Na sua atividade, deve fornecer, ao Conselho de Administração, análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços, receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital, apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral, elaborar o plano de auditoria interna e um relatório anual sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar e ainda elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução.

De igual modo, a ULSSM dispõe de vários mecanismos que, no seu conjunto, procuram assegurar um robusto sistema de controlo interno e de gestão de riscos.

O Plano de Emergência interno foi objeto de revisão e melhoria, com ampla mobilização em particular dos serviços clínicos, tendo-se introduzido um conjunto de melhorias, de que se destaca:

- Levantamento das necessidades de melhoria da rede de deteção de incêndios e planificação da intervenção;
- Levantamento das necessidades de melhoria da rede de extinção de incêndios e planificação da intervenção;
- Atualização das plantas de emergência e instruções particulares de segurança;
- Elaboração dos planos setoriais de emergência e formação das equipas/elos dos serviços;
- Reforço da formação e treino em medidas de prevenção do risco de incêndio, autoproteção, situações de emergência interna e planos de evacuação internos.

No que respeita à organização da ULSSM, enquanto EPE, o Conselho Fiscal é o órgão responsável pela fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial, competindo-lhe verificar a regularidade dos registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte, assim como dar parecer sobre o relatório de gestão do exercício e certificar as contas.

2. *Identificação de pessoas, órgãos ou comissões responsáveis pela auditoria interna e/ou pela implementação de sistema de prevenção e controlo de risco que permita antecipar e minimizar os riscos inerentes à atividade desenvolvida.*

Dando cumprimento ao estabelecido no Regulamento Interno do CHULN, foram criados o Serviço de Auditoria Interna, a quem compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios operacional, financeiro, entre outros, contribuindo para o aperfeiçoamento do modelo de gestão e o Serviço de Gestão da Qualidade, a implementação dos Sistemas de Acreditação e Certificação, a realização de Auditorias Internas da Qualidade.

Em 2023, além dos membros do Conselho de Administração, foram responsáveis pela minimização dos riscos inerentes à atividade desenvolvida:

- Responsável pelo Serviço de Auditoria Interna: Dr. Rafael Dolores
- Responsável pelo Gabinete de Risco e Segurança do Doente: Dra. Teresa Fonseca

3. *Em caso de existência de um plano estratégico e de política de risco da empresa, transcrição da definição de níveis de risco considerados aceitáveis e identificação das principais medidas adotadas.*

O pensamento baseado em risco permite à ULSSM determinar os fatores geradores de eventuais desvios nos processos e sistemas implementados, relativamente ao planeamento dos seus resultados e implementar controlos preventivos para minimizar efeitos negativos e potenciar oportunidades que possam surgir.

O Conselho de Administração é o primeiro e máximo responsável pela manutenção de um ambiente seguro e saudável para os doentes, profissionais e público em geral, delegando esta responsabilidade em estruturas multiprofissionais que desenvolvem e implementam a estratégia de gestão de risco.

Com o objetivo de eliminar ou reduzir os riscos não aceitáveis, a cada nível de risco está associada uma prioridade de intervenção. A ULSSM utiliza para a sua avaliação e gestão dos riscos corporate "um misto" dos principais frameworks internacionais disponíveis, baseando-se principalmente nos seguintes documentos:

- *Enterprise Risk Management — Integrated Framework (COSO)*
- Norma de gestão do risco (FERMA)
- Norma de gestão de risco (ISO 31000)
- *International Professional Practices Framework (IIA)*

Presentemente os riscos são definidos com base em *scores*:

Nível de Risco		Probabilidade de ocorrência		
		Alta	Média	Baixa
Impacto previsível	Alto	Elevado	Elevado	Médio
	Médio	Elevado	Médio	Baixo
	Baixo	Médio	Baixo	Baixo

Os níveis de risco permitem configurar a decisão de aceitabilidade do risco e da sua magnitude, bem como a ação de controlo ou de monitorização. Para cada perigo identificado, o risco associado é estimado e valorizado da forma que se segue:

- Identificar os possíveis tipos de risco;
- Analisar as medidas de prevenção e de proteção existentes (barreiras) face aos riscos identificados, que permitam prevenir ou minimizar as suas consequências caso o evento ocorra;
- Atribuir uma categoria à probabilidade de ocorrência tendo em atenção a eficácia das medidas de prevenção e proteção já existentes, bem como o tempo de exposição ao fator de risco;
- Atribuir uma categoria ao impacto (gravidade do dano, tendo em atenção as consequências previsíveis do evento);
- Valorar o risco qualitativamente, atribuindo um nível de risco, resultado da integração entre a probabilidade de ocorrência e o impacto provável de um determinado dano;

A ULSSM adaptou um novo modelo de avaliação de risco que englobasse a vertente qualitativa e quantitativa, baseado em evidências e apoiado na metodologia de auditoria contínua, capaz de dar resposta às atualizações na legislação aplicável (Decreto-Lei n.º 109-E/2021 de 9 de dezembro - criação do Mecanismo Nacional Anticorrupção - MENAC e estabelecimento do regime geral de prevenção da corrupção) e às orientações definidas na Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024.

O novo modelo caracteriza-se pela sua simplicidade na estruturação da sua matriz, capaz de englobar os riscos de gestão (RG), os riscos de corrupção e infrações conexas (RC) e os conflitos de interesses (CI), relacionando-

os com as medidas preventivas a adotar – Medidas de Gestão (MG), Medidas de Controlo (MC) e Medidas Defensivas (MD).

4. *Explicitação, ainda que por inclusão de organograma, das relações de dependência hierárquica e/ou funcional face a outros órgãos ou comissões da empresa.*

O Serviço de Auditoria Interna depende, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração, conforme definido nos Estatutos.

### **Regime de proteção de dados**

A ULSSM designou Encarregado da Proteção de Dados (EPD), nos termos do artigo 37º do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 (RGPD), notificado à Comissão Nacional da Proteção de Dados (CNPD) pela comunicação DPO-20190624-163320-AIQIB0\_508481287, tendo notificado a alteração de âmbito de atuação como responsável pelo tratamento de dados pessoais, por força do artigo 8º do Decreto-Lei nº 102/2023, de 7 de novembro, através da comunicação DPO-20240322-181404-EJKSRO\_508481287.

No decurso do ano 2024, as atividades no âmbito das competências do EPD de aconselhamento e controlo de conformidade com o regime de proteção de dados, desenvolveram-se de acordo com o plano delineado, com independência e informando diretamente a direção ao mais alto nível, sem ocorrência de situações de conflito de interesses. Neste sentido, destaca-se o seguinte:

- a) No âmbito do aconselhamento ao responsável e trabalhadores que tratam os dados foram emitidos pareceres relativamente a pedidos para o exercício de direitos dos titulares, novos projetos de investigação científica, atuação no âmbito da prestação de cuidados, acompanhamento de avaliações de impacto de novos projetos, elaboração de políticas e procedimentos internos.
- b) No âmbito da sensibilização e formação dos responsáveis e seus colaboradores, foram realizadas diversas ações de formação internas em matéria de Proteção de Dados a Serviços Clínicos em processos de Certificação. A par destas iniciativas, foram também realizadas participações noutras iniciativas, tais como as "I Jornadas da qualidade da ULSSM", promovidas pelo Serviço da Qualidade da ULSSM, integrando o painel do workshop Compliance e Regulação na Saúde, na mesa redonda com o tema "O Dever de informação no RGPD". Ainda no âmbito das Jornadas da Qualidade, foram realizadas várias ações de formação sobre o tema: "RGPD Conceitos Básicos e Aspetos Práticos da Proteção de Dados". Além disso,

houve outras participações em eventos tais como, a Conferência Internacional - 30º aniversário - "Proteção de Dados Pessoais: que futuro estamos a construir?", o I Encontro Internacional Encarregados de Proteção de Dados (do Setor Público), e a participação no painel "Transferência Internacional de Dados: Regulamentações e Boas Práticas Globais" da conferência internacional DPODay 2025 no Brasil.

- c) Também ao nível das obrigações de sensibilização e formação do pessoal implicado nas operações de tratamento, foram realizados diversos conteúdos digitais, divulgados em Infomail a toda a comunidade da ULSS, quer através da intranet quer no site institucional na Internet, salientando-se os seguintes temas: Comemoração do Dia Internacional da Proteção de Dados, Segurança digital e proteção de dados, Segurança Digital - Palavras-passe, tecnologias e aplicações \_utilização da IA, Boas Práticas contra o Pishing, o Smishing e o Vishing, Exercício de direitos dos titulares dos dados, Princípios do RGPD, Privacidade e segurança, Direito à informação, e outros folhetos informativos e recomendações, incluindo uma Brochura para Crianças sobre a Proteção de Dados.
- d) Por último, no âmbito da função de controlo de conformidade com o regime jurídico da proteção de dados e as políticas implementadas pelo responsável, destacam-se as seguintes ações no ano em questão:
  - a. Elaboração, e apoio à elaboração, de políticas e procedimentos internos em matérias como videovigilância, conduta em proteção de dados, exercício de direitos dos titulares, dever de informação e transparência, registo de atividades de tratamento e avaliação de impacto sobre a proteção de dados; atualização de políticas relativas a correio eletrónico, cookies, privacidade e proteção de dados, de gestão de contratos e notificação de violação de dados pessoais;
  - b. Criação do Registo de Atividades de Tratamento de Dados da ULSSM, atividade transversal à instituição, que requer identificação das atividades e processos internos de cada Serviço/Unidade funcional pelos respetivos responsáveis.
  - c. Criação de um canal externo para exercício de direitos no site da ULSSM.

##### *5. Indicação da existência de outras áreas funcionais com competências no controlo de riscos.*

A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis. Destacamos outras áreas a quem cabe a missão do controlo do risco clínico, nomeadamente:

O **Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente** que tem a missão de, através de ações transversais, cultivar a segurança do doente, pela partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas

específicos, e melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua.

Ao **Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e da Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA)** a quem compete, supervisionar as práticas de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos, garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde e de resistências aos antimicrobianos, nomeadamente a vigilância e notificação de microrganismos-problema e de microrganismos-alerta e a implementação de auditorias clínicas internas, garantindo o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica de infeção e de resistências aos antimicrobianos às unidades clínicas, promovendo e corrigindo práticas de prevenção e controlo de infeção e de uso de antibióticos.

O **Serviço de Saúde Ocupacional** tem como missão a prevenção e gestão dos riscos profissionais e proteção da saúde e da segurança dos profissionais da ULSSM, em especial no que respeita ao binómio trabalho-saúde e à adaptação da atividade à situação de saúde dos profissionais, de acordo com a política de Saúde, de Higiene e de Segurança definida para os profissionais da ULSSM, estando este Serviço Certificado desde 2016 enquanto CHLN.

*6. Identificação e descrição dos principais tipos de riscos (económicos, financeiros, operacionais e jurídicos) a que a empresa se expõe no exercício da atividade.*

No contexto atual, é possível identificar os principais tipos de risco:

- Risco Económico: Incluídos nesta linha identificamos a pressão económica, traduzida no aumento das necessidades de saúde da população que envelhece, com doenças crónicas instaladas e ainda a pressão económica da inovação tecnológica e farmacológica.
- Risco Financeiro: que tem a sua face mais visível no Prazo Médio de Pagamentos, enquanto indicador das dívidas que se acumulam e não conseguimos liquidar de acordo com o estabelecido. Realce para as imposições que nos colocam por parte de disponibilidade de medicamentos inovadores, consumos estes não orçamentados e sem contrapartida com impacto nos custos e nas despesas orçamentais.
- Risco Operacional: risco associado a perdas que direta ou indiretamente resulta da inadequação ou deficiência de processos internos, de pessoas, de sistemas ou de eventos externos
- Risco Jurídico: A legislação laboral e todos os constrangimentos legais que a enquadram dificultando a substituição de pessoas e a gestão de carreiras.

*7. Descrição do processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, prevenção e mitigação de riscos.*

A promoção de uma cultura de segurança junto de profissionais e utentes da ULSSM é essencial para a diminuição e controlo do risco. A abordagem integrada e sistemática da gestão do risco na ULSSM engloba os contributos de todas as áreas clínicas e não clínicas. O processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação de riscos, realiza-se de forma estruturada.

Em primeiro lugar, o processo decorre da avaliação do risco de gestão, onde são aferidas e discriminadas todas as atividades por serviço, a sua probabilidade de ocorrência e impacto, de forma a determinar qual a melhor metodologia de atuação, apontando-se seguidamente as tarefas a desenvolver e os responsáveis pelo controlo interno em cada Serviço. Na fase seguinte, são definidos os tipos de resposta ao risco perceptível e desenvolve-se um conjunto de atividades de forma à reorientação da probabilidade do risco. São depois estabelecidas e executadas políticas, manuais, normas e procedimentos de forma a assegurar que as respostas ao risco são efetuadas de forma efetiva. Todas estas atividades têm sempre sistemas de informação e comunicação que permitem a existência de informação necessária para executar, gerir e monitorizar os processos, permitindo alterações sempre que necessárias.

Salienta-se a implementação de um sistema de Business Intelligence, que permite aos órgãos de gestão estruturar e relacionar toda a informação produzida, permitindo ter uma visão mais objetiva do desempenho da instituição, controlar a qualidade e a eficiência das operações, controlar e reduzir os custos, apoiando o Sistema de Controlo Interno.

O Serviço de Auditoria Interna realiza auditorias e avaliações e, produz informação e relatórios consequentes, onde se apontam propostas de intervenção sempre que necessário. Com base nesta informação, o Conselho de Administração decide medidas de mitigação dos riscos.

**1. Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC)**

- a) Referência à existência do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros), com a data da última atualização, assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação.
- b) Data da última atualização e indicação relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor, relativas à prevenção da corrupção e sobre a elaboração do Relatório Identificativo das Ocorrências, ou Risco

de Ocorrências (vide alínea a) do n.º1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro). Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontra publicitado o respetivo Relatório Anual de Execução do PGRCIC (vide artigo 46.º do RJSPE).

c) Disponibilidade do Relatório Anual de Execução do PGRCIC para publicitação no sítio na internet da UTAM

Na sequência da recomendação n.º 1/2009, publicada na 2.ª Série do Diário da República, n.º 140, de 22 de julho de 2009, aprovada pelo Conselho de Prevenção da Corrupção, em 1 de Julho 2009 sobre "Planos de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas" o Conselho de Administração do ULS Santa Maria aprovou, a 7 de julho de 2022, a última versão do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (adiante designado por PPR), com base:

Na Recomendação n.º 1/2009, publicada na 2.ª Série do Diário da República, n.º 140, de 22 de Julho de 2009, aprovada pelo Conselho de Prevenção da Corrupção (doravante CPC), em 1 de Julho 2009 sobre "Planos de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas";

No Regime Geral de Prevenção da Corrupção (adiante designado por RGPC), aprovado pelo Decreto-Lei 109-E/2021, de 9 de dezembro;

Novo modelo de Gestão dos Riscos implementado na ULSSM.

A implementação do novo modelo de Gestão dos Riscos foi realizada a partir de indicadores específicos correlacionados com os riscos e com as medidas preventivas. Os indicadores foram definidos de forma a permitir a aplicação das medições a todos os Serviços da ULSSM, sendo que na primeira fase foram abrangidos os Serviços de Suporte da ULSSM (inicialmente com foco nos serviços de apoio existentes no antigo Centro Hospitalar), e, atualmente os serviços assistenciais (hospitalares e os cuidados de saúde primários).

Depois da definição dos indicadores e da sua correlação com os riscos, foi realizada a devida adaptação com as medidas preventivas, chegando assim à Matriz dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas Global da ULSSM.

O novo PPR está disponível para consulta no seguinte link:

[https://www.ulssm.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/02/R3a6\\_PGRCIC\\_ULSSM\\_2025\\_v3.pdf](https://www.ulssm.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/02/R3a6_PGRCIC_ULSSM_2025_v3.pdf)

8. *Identificação dos principais elementos do SCI e de prevenção de risco implementados na empresa relativamente ao processo de divulgação de informação financeira.*

De acordo com o art.º 15º dos Estatutos dos Hospitais, EPE, nas entidades abrangidas pelo regime constante da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial é exercida por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas ou por uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

Para além dos mecanismos internos, todo o processo de divulgação de informação financeira é acompanhado e validado por entidades externas, nomeadamente, o Tribunal de Contas, a DGTF, IGF, DGO, UTAO e ACSS.

O Serviço de Auditoria Interna tem como competência a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro e operacional, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

## C. Regulamentos e Códigos

1. *Referência sumária aos regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a empresa está legalmente obrigada, com apresentação dos aspetos mais relevantes e de maior importância.*

A Unidade Local de Saúde de Santa Maria, EPE foi criada pelo Decreto Lei nº102/2023 de 7 de novembro, sucedendo nas atribuições, direitos e obrigações ao Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE, que é uma entidade pública empresarial, criado em 01.03.2008, por fusão do Hospital de Sta. Maria, E.P.E., com o Hospital Pulido Valente, E. P. E., pelo Decreto-Lei nº 23/2008 de 8 de fevereiro, com o regime aplicado nos termos do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro e do art.º 18º do Anexo da Lei nº 27/2002, de 8 de novembro, com os Estatutos aprovados pelo Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de dezembro, na redação do Decreto-Lei nº 244/2012 de 9 de novembro e pelo Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto, diploma que estabelece o regime jurídico das entidades que integram o Serviço Nacional de Saúde afetas à rede de prestação de cuidados de saúde e aprova as suas especificidades estatutárias, com as devidas atualizações pelo Decreto-lei nº102/2023 de 7 novembro de 2023 e Decreto-Lei nº82/2023 de 29 dezembro de 2023, evidenciando-se da sua aplicação os poderes de superintendência e de tutela dele constante, a definição da sua estrutura interna, recursos humanos e

financeiros, *in case* no que ao controlo respeita, bem como as regras, estrutura e procedimentos atinentes aos órgãos de gestão, máximos, intermédios e de apoio técnico.

Em 04.08.2018 foi alterada a designação para Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E. (art.º 29º do Decreto-Lei nº 61/2018, de 3 de agosto) que estabelece o regime jurídico dos centros académicos clínicos.

A ULSSM, rege-se ainda pelos seguintes diplomas:

- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro (Lei de Bases da Saúde);
- Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde);
- Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, com as alterações efetuadas através da Lei n.º 75 – A/2014, de 30 de setembro e Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro que estabelece o Regime Jurídico aplicável ao sector público empresarial;
- Outras normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde e para o Setor Empresarial do Estado.

No âmbito interno da instituição, o atual Conselho de Administração foi nomeado pelo Despacho nº 2445/2024 de 7 de março de 2024 e o anterior pelo Despacho nº 1950/2023 de 8 de fevereiro de 2023..

Em matéria de aquisições de bens e serviços, a ULSSM, EPE rege-se pelo Código dos Contratos Públicos.

O **Regulamento Interno** aprovado pelo Conselho de Administração em 23 de março de 2009 e subsequente alteração do art.º 38º “Constituição dos departamentos, serviços e unidades funcionais” homologada em 30 de janeiro de 2015, resulta da aplicação remissiva da boa gestão empresarial, determinante da existência de um regulamento interno, no âmbito do qual foram desenvolvidas as previsões e estatuições que daquele resultam, nomeadamente pela normação efetiva da estrutura e organização, quer gerais, quer específicas da prestação de cuidados, bem como de outras que enquadram a ULSSM, na sua identidade, no âmbito das redes nacionais de prestação de cuidados de saúde.

Disponível para consulta em: <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/normas-e-regulamentos/regulamentos>.

Paralelamente, encontram-se aprovados e disponíveis na Intranet da ULSSM, os seguintes regulamentos internos:

1. Regulamento da Comissão de Ética para a Saúde;
2. Regulamento do Serviço de Auditoria Interna;

3. Regulamento do Conselho de Coordenação e Avaliação;
4. Regulamento do Serviço Social e Gabinete do Cidadão;
5. Regulamento do Centro de Investigação Clínica;
6. Regulamento Interno de Visitas e Acompanhamento de Doentes Internados;
7. Regulamento de comunicação interna de irregularidades;

## 2. Código de Ética

a) Referência à existência de um código de ética que contemple exigentes comportamentos éticos e deontológicos, indicando a data da última atualização e a forma como é efetuada a sua divulgação junto dos seus colaboradores, clientes e fornecedores.

b) Menção relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor sobre medidas vigentes tendo em vista garantir um tratamento equitativo junto dos seus clientes e fornecedores e demais titulares de interesse legítimos, designadamente colaboradores da empresa, ou outros credores que não fornecedores ou, de um modo geral, qualquer empresa que estabeleça alguma relação jurídica com a empresa (vide artigo 47.º do RJSPE).

O **Código de Conduta Ética** em vigor tem por base o Código de Ética do Hospital, aprovado em 8 outubro 2015, regula as relações externas e internas que decorrem da prossecução da missão e serviço público do CHULN, divulga os valores da missão prosseguida, reforça as relações de confiança com as partes interessadas e clarifica as regras de conduta que gestores, dirigentes, demais responsáveis e colaboradores devem observar nas suas relações recíprocas e com terceiros. Visa ainda a melhoria contínua da qualidade para reforço da garantia de proteção dos utilizadores dos serviços prestados pela ULSSM, constitui-se como uma ferramenta de melhoria contínua da qualidade, cujos desígnios são a sua centralização nos utentes e a defesa da imagem pública dos colaboradores da ULSSM.

Firma-se como um instrumento de visão e missão da ULSSM, concretizando-se com padrões de atuação expressivos dos valores e da cultura organizacional e em simultâneo fomenta a confiança de todos os intervenientes e interessados, na atividade institucional.

É esperado que todos os trabalhadores da ULSSM cumpram os seus códigos de ética profissional e, nomeadamente, os códigos deontológicos, aprovados e publicados pelas respetivas Ordens Profissionais.

O Código de Ética encontra-se disponível para consulta em:

[http://intranet/media/k2/attachments/informacao\\_institucional/Regulamentos/16.%20Codigo%20de%20Conducta%20e%20Etica.pdf](http://intranet/media/k2/attachments/informacao_institucional/Regulamentos/16.%20Codigo%20de%20Conducta%20e%20Etica.pdf)

Adicionalmente, e como forma de garantir um tratamento equitativo de um modo geral, de qualquer entidade que estabeleça alguma relação jurídica com a ULSSM, são colocados à disposição vários meios de apresentação de sugestões e reclamações.

Salienta-se ainda a Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção sobre Gestão de Conflitos de Interesses no Setor Público, de 8 de janeiro de 2020 a todas as entidades do Setor Público em que refere que "Um sistema de governação robusto, baseado nos valores da integridade, probidade, transparência e responsabilidade é preventivamente fundado nas declarações de interesses e na verificação de incompatibilidades e, casuisticamente, de impedimentos para suprimir potenciais conflitos de interesses e, consequentemente, reduzir a vulnerabilidade das instituições à sua ocorrência."

3. *Regime Geral da Prevenção da Corrupção (RGPC: anexo do Decreto – Lei nº109-E/21, de 9 dezembro)*

- a) *Referência à existência do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR, vd artigo 6º do RGPC)*
- b) *Referência à elaboração de relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo (vd alínea a) do nº4 do artigo 6º do RGPC)*
- c) *Referência à elaboração de relatório de avaliação anual (vd alínea b) do nº 4 do artigo 6º do RGPC e nº 1 do artigo 46º do RJSPE, que remete para a alínea a) do nº 1 do artigo 2º da Lei nº54/2008, de 4 de setembro, a que corresponde a atual alínea g) do nº3 do artigo 2º do Decreto-lei nº109-E/2021, de 9 dezembro)*
- d) *Referência à existência de um código de conduta, por parte das entidades abrangidas, no termos e de acordo com o disposto no artigo 7º do RGPC.*

Na sequência da recomendação n.º 1/2009, publicada na 2.ª Série do Diário da República, n.º 140, de 22 de julho de 2009, aprovada pelo Conselho de Prevenção da Corrupção, em 1 de Julho 2009 sobre "Planos de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas" o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte aprovou, a 7 de julho de 2022, a última versão do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (adiante designado por PPR), com base:

- Na Recomendação n.º 1/2009, publicada na 2.ª Série do Diário da República, n.º 140, de 22 de Julho de 2009, aprovada pelo Conselho de Prevenção da Corrupção (doravante CPC), em 1 de Julho 2009 sobre "Planos de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas";

- No Regime Geral de Prevenção da Corrupção (adiante designado por RGPC), aprovado pelo Decreto-Lei 109-E/2021, de 9 de dezembro;
- Novo modelo de Gestão dos Riscos implementado no CHULN.

A implementação do novo modelo de Gestão dos Riscos foi realizada a partir de indicadores específicos correlacionados com os riscos e com as medidas preventivas. Os indicadores foram definidos de forma a permitir a aplicação das medições a todos os Serviços da ULSSM, sendo que na primeira fase serão abrangidos os Serviços de Apoio do Centro Hospitalar, e, posteriormente os serviços clínicos.

Depois da definição dos indicadores e da sua correlação com os riscos, foi realizada a devida adaptação com as medidas preventivas, chegando assim à Matriz dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas Global do CHULN.

O novo PPR está disponível para consulta no seguinte link:

[https://www.ulssm.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/02/R3a6\\_PGRCIC\\_ULSSM\\_2025\\_v3.pdf](https://www.ulssm.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/02/R3a6_PGRCIC_ULSSM_2025_v3.pdf)

O **Código de Conduta** foi constitui um instrumento de autorregulação pessoal, um compromisso com os valores e os princípios de atuação da administração publica. Está disponível no seguinte link:

[https://www.ulssm.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/02/Codigo\\_de\\_Conduta\\_ULSSM\\_.pdf](https://www.ulssm.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/02/Codigo_de_Conduta_ULSSM_.pdf)

## D. Deveres especiais de informação

1. *Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de informação a que a empresa se encontra sujeita, nomeadamente os relativos ao reporte de informação económica e financeira (vide alíneas d) a i) do n.º1 do artigo 44.º do RJSPE), a saber:*

a) *Prestação de garantias financeiras ou assunção de dívidas ou passivos de outras empresas, mesmo nos casos em que assumam organização de grupo;*

Não aplicável.

b) *Grau de execução dos objetivos fixados, justificação dos desvios verificados e indicação de medidas de correção aplicadas ou a aplicar;*

A informação acima referida é reportada através das plataformas:

- ACSS: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)
- ACSS: Serviço On-line (SIGEF)
- SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira
- DGO: Direção Geral do Orçamento

c) *Planos de atividades e orçamento, anuais e plurianuais, incluindo os planos de investimento e as fontes de financiamento;*

A informação acima referida é reportada através das plataformas:

- ACSS: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)
- ACSS: Serviços On-line (SIGEF)
- SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira
- DGO: Direção Geral do Orçamento

d) *Orçamento anual e plurianual;*

A informação acima referida é reportada através das plataformas:

- ACSS: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)
- ACSS: Serviço On-line (SIGEF)
- SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira
- DGO: Direção Geral do Orçamento

e) *Documentos anuais de prestação de contas;*

A informação acima mencionada é submetida ao Tribunal de Contas através do Sistema de Prestação de Contas dos Serviços e Organismos Públicos por via eletrónica, é reportada através do SIRIEF e remetida em simultâneo para a IGF e ACSS.

f) *Relatórios trimestrais de execução orçamental acompanhados dos relatórios do órgão de fiscalização.*

A ULSSM elabora, mensalmente, o Relatório Analítico de Desempenho Económico-Financeiro, reportando esta informação à ACSS.

Os Relatórios de Execução Orçamental trimestrais, não foram elaborados atempadamente pelo que serão submetidos, à posteriori, na plataforma SIRIEF.

## E. Sítio na Internet

1. *Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde encontram divulgados os seguintes elementos (vide nº1 do artigo 53º do RJSPE):*

a) *Sede e, caso aplicável, demais elementos mencionados no artigo 171º do CSC;*

O endereço do sítio da Unidade Local de Saúde de Santa Maria é o seguinte: <https://www.ulssm.min-saude.pt/>.

No sítio da Internet é identificada a sede e demais elementos mencionados no artigo 171º do CSC.

b) *Estatutos e regulamentos de funcionamento dos órgãos e/ou comissões;*

No sítio da Internet são identificados os estatutos e regulamentos de funcionamento dos órgãos e comissões:

<https://www.ulssm.min-saude.pt/normas-e-regulamentos/>

c) *Titulares dos órgãos sociais e outros órgãos estatutários e respetivos elementos curriculares, bem como as respetivas remunerações e outros benefícios;*

No sítio da Internet são identificados os titulares dos órgãos sociais e outros órgãos estatutários:

<https://www.ulssm.min-saude.pt/conselho-de-administracao/>

d) *Documentos de prestação de contas anuais e, caso aplicável, semestrais;*

No sítio da Internet são identificados os documentos de prestação de contas anuais:

<https://www.ulssm.min-saude.pt/gestao/>

e) *Obrigações de serviço público a que a empresa está sujeita e os termos contratuais da prestação de serviço público;*

No sítio da ULSSM existe informação sobre: Apresentação do Hospital, Visão Missão e Valores, os Princípios de Bom Governo, os Órgãos Sociais, Estrutura organizacional, Informação de Gestão, Gestão da qualidade, Legislação, Voluntariado, entre outras informações relevantes, que podem ser consultadas diretamente.

f) *Modelo de financiamento subjacente e apoios financeiros recebidos do Estado nos últimos três exercícios.*

No sítio da Internet estão identificados os modelos de financiamento subjacentes e financiamentos recebidos do Estado

<https://www.ulssm.min-saude.pt/gestao/>

2 Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde encontram publicitados os seguintes elementos:

a) Regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a empresa está legalmente obrigada;

<https://www.ulssm.min-saude.pt/normas-e-regulamentos/>

b) Código de Ética;

[https://www.ulssm.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/02/Codigo\\_de\\_Conducta\\_ULSSM\\_.pdf](https://www.ulssm.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/02/Codigo_de_Conducta_ULSSM_.pdf)

c) Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR)

[https://www.ulssm.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/02/R3a6\\_PGRCIC\\_ULSSM\\_2025\\_v3.pdf](https://www.ulssm.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/02/R3a6_PGRCIC_ULSSM_2025_v3.pdf)

d) Relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo;

Nada a assinalar no ano 2024.

e) Relatório de avaliação anual no âmbito de execução do PPR ;

f) Código Conducta ;

[https://www.ulssm.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/02/Codigo\\_de\\_Conducta\\_ULSSM\\_.pdf](https://www.ulssm.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/02/Codigo_de_Conducta_ULSSM_.pdf)

g) Relatório sobre remunerações por género (vide nº 2 da Resolução do Conselho de Ministros nº18/2014 de 7 de março;

<https://www.chln.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/CHLN-plano-igualdade-2022.pdf>

h) Informação anual do modo como foi prosseguida a missão da empresa, do grau de cumprimentos dos seus objetivos, da forma como foi cumprida a política de responsabilidade social, de desenvolvimento sustentável e os termos de prestação de serviço público, e em que medida foi salvaguardada a sua competitividade, designadamente pela via da investigação, do desenvolvimento, da inovação e de integração de novas tecnologias no processo produtivo (vd. Artigo 45º do RJSPE)

3 Quando aplicável, indicação das hiperligações para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontram publicitados os documentos objetos de remissão no RGS;

- 4 No caso de entidades abrangidas, nos termos do artigo 2º do RGPC, indicação das hiperligações para acesso direto aos elementos listados no nº1 do artigo 12º do RGPC

Nada a assinalar no ano 2024.

## F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral (caso aplicável)

1. Referência ao contrato celebrado com a entidade pública em que lhe tenha confiada a prestação de um serviço público ou de interesse geral, respeitante à remuneração dessa atividade (vide n.º3 do artigo 48.º do RJSPE).

O Contrato-programa (CP) é celebrado entre o Ministério da Saúde e a ULSSM, EPE e assinado pela Administração Central dos Serviços de Saúde, IP e o Diretor Executivo da Direção Executiva do SNS, IP.

O CP é contratualizado para o triénio e revisto anualmente através de Acordos Modificativos (Adendas), definindo as orientações e objetivos de gestão no âmbito da prestação de serviços de cuidados de saúde.

2. Caso não tenha contrato celebrado ou, tendo, caso haja apresentado nova proposta, referência às propostas de contratualização da prestação de serviço público apresentadas ao titular da função acionista e ao membro do governo responsável pelo respetivo setor de atividade (vide n.º 1, 2 e 4 do artigo 48.º do RJSPE<sup>9</sup>. A empresa deve apresentar declaração<sup>10</sup> do seguinte:

- Que elaborou uma proposta de contratualização da prestação de serviço público;
- Que essa proposta foi apresentada ao titular da função acionista e ao membro do Governo responsável pelo respetivo setor de atividade; e
- Que a proposta cumpre com todos os requisitos legais definidos no nº 1 do artigo 48.º do RJSPE.

A ULSSM celebra, anualmente, com a ACSS e com a DE um Contrato-Programa que tem por base as orientações da Tutela, que são também divulgadas através dos documentos da ACSS - Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS.

Neste Contrato-Programa está identificada a atividade que a ULSSM se propõe realizar, assim como estão definidos um conjunto de indicadores de acesso aos cuidados de saúde, de desempenho assistencial, de desempenho económico-financeiro e de objetivos específicos da região de saúde onde a ULSSM se enquadra.

<sup>9</sup> Caso não tenha contrato celebrado ou, tendo, caso haja apresentado nova proposta.

<sup>10</sup> Esta declaração, no próprio RGS, podes apenas mencionar que foi cumprido o disposto no nº 1 do artigo 48.º do RJSPE.

Para o ano de 2024 foram aprovados os Temos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS, devidamente publicados na ACSS.

O financiamento por captação nas ULS é indutor da criação de valor, na medida em que incentiva os prestadores a gerir as disponibilidades financeiras em função das Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2024 estimulando a prestação de cuidados com a melhor relação custo-benefício, garantindo o acesso e a qualidade.

O Acordo Modificativo para 2024, em vigor, encontra-se publicado e disponível no seguinte link:

<https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Contrato-Programa-2024-2026-ULS-Santa-Maria-EPE.pdf>

A ULSSM está obrigado a submeter na plataforma SICA a proposta de contratualização da prestação de serviço público, nas suas diversas linhas de produção, tendo como suporte as orientações provindas no documento da ACSS - Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS 2024.

## VII. Remunerações

### A. Competência para a Determinação

1. Indicação quanto à competência para a determinação da remuneração dos órgãos sociais, dos membros da comissão executiva ou administrador delegado e dos dirigentes da empresa.

Remuneração dos membros dos órgãos sociais	Conselho de Administração: • Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro; • Resolução de Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro; • Resolução de Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro; • Resolução de Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março (Classificações atribuídas nos termos das RCM n.º 16/2012en.º 18/2012). Conselho Fiscal Despacho Conjunto o Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, em 26.04.2018 Revisor Oficial de Contas Despacho Conjunto o Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, em 25.09.2018
Remuneração dos dirigentes	Deliberação do Conselho de Administração no âmbito da legislação em vigor.

2. Identificação dos mecanismos<sup>11</sup> adotados para prevenir a existência de conflitos de interesses, atuais ou potenciais, entre os membros de órgãos ou comissões societárias e a empresa, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas (vide artigo 51.º do RJSPE).

Não foram utilizados cartões de crédito nem foram reembolsadas despesas de representação pessoal.

As despesas dos membros do Conselho de Administração cumprem os mesmos procedimentos de autorização das restantes.

O Código de Ética da instituição aplica-se aos membros do Conselho, pelo que não intervêm em decisões que envolvam os seus interesses.

<sup>11</sup> Mecanismos diversos dos inerentes à evidenciação ou menção a que se refere o ponto 3, seguinte.

3. *Dar conhecimento do cumprimento por parte dos membros do órgão de administração do que dispõe o artigo 51.º do RJSPE, isto é, de que se abstêm de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas.*

Em matéria de prevenção de conflitos de interesse, os membros do Conselho de Administração abstêm-se de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas, nos termos do artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua versão atual.

## **B. Comissão de Fixação de Remunerações**

*Composição da comissão de fixação de remunerações, incluindo identificação das pessoas singulares ou coletivas contratadas para lhe prestar apoio.*

Não aplicável.

## **C. Estrutura das Remunerações**

1. *Descrição da política de remuneração dos órgãos de administração e de fiscalização.*

A fixação das remunerações dos gestores públicos, no âmbito das entidades públicas empresariais do SNS, é feita nos termos e de acordo com o seguinte enquadramento legal:

- Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, retificado pela Retificação n.º 2/2012, de 25 de janeiro e alterado pelos Decreto-Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro, Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro e Decreto-Lei n.º 39/2016, de 28 de julho;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro, que aprovou os critérios de determinação do vencimento dos gestores públicos;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro, que aprovou os critérios de determinação do vencimento dos gestores das entidades públicas integradas no Serviço Nacional de Saúde;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março, que aprovou as classificações atribuídas nos termos das RCM n.º 16/2012 e n.º 18/2012;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 97/2012, de 21 de novembro, que alterou o anexo à RCM n.º 36/2012, na parte relativa à tutela sectorial do ministério da saúde;

- Resolução do Conselho de Ministros n.º 45/2013, de 19 de julho, que alterou o anexo à RCM n.º 36/2012 e 97/2012, na parte relativa à tutela sectorial do ministério da saúde;

A remuneração do Conselho Fiscal foi fixada através das classificações atribuídas nos termos das RCM n.º 16/2012 e n.º 18/2012) – Conselho Fiscal;

Despacho Conjunto o Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, em 24-01-22- Revisor Oficial de Contas

*2. Informação sobre o modo como a remuneração é estruturada de forma a permitir o alinhamento dos objetivos dos membros do órgão de administração com os objetivos de longo prazo da empresa.*

Os membros do Conselho de Administração auferem remuneração base 14 meses/ano e despesas de representação 12 meses/ano.

As remunerações mensais ilíquidas dos membros do Conselho Fiscal, são as seguintes: Presidente 1.462,62€ e Vogais: 1.096,76€, a pagar 14 vezes ao ano.

*3. Referência, se aplicável, à existência de uma componente variável da remuneração, critérios de atribuição e informação sobre eventual impacto da avaliação de desempenho nesta componente.*

Não existe componente variável da renumeração na medida em que não foi assinado o Contrato de Gestão, documento onde se fixam as componentes variáveis, em função dos parâmetros de eficiência de gestão, dos objetivos específicos e os valores das componentes remuneratórias, bem como os prémios de gestão passíveis de atribuição no final do exercício ou mandato.

*4. Explicitação do diferimento do pagamento da componente variável da remuneração, com menção do período de diferimento.*

Não existe componente variável da renumeração.

## 5. Caracterização dos parâmetros e fundamentos definidos no contrato de gestão para efeitos de atribuição de prémio.

A ULSSM não atribuiu prémios de gestão, nem foram elaborados contratos de gestão para efeitos de atribuição de prémios aos membros do Conselho de Administração.

## 6. Referência a regimes complementares de pensões ou de reforma antecipada para os administradores e data em que foram aprovados em assembleia geral, em termos individuais.

Não existem regimes complementares de pensões ou de reforma antecipada para os administradores.

## D. Divulgação das Remunerações

1. Indicação do montante anual da remuneração auferida, de forma agregada e individual, pelos membros do órgão de administração da empresa, proveniente da empresa, incluindo remuneração fixa e variável e, relativamente a esta, menção às diferentes componentes que lhe deram origem, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação. A apresentar segundo os formatos seguintes:

**Quadro 14 – Montante anual da remuneração auferida pelos membros do Conselho de Administração**

Membro do Órgão de Administração 2023-2025	Estatuto do Gestor Público					
	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)			Redução DP-gestores públicos
			Vencimento	Redução RB-gestores públicos	Despesas de representação	
Ana Paula Mecheiro De Almeida Martins Silvestre Correia	S	B	5 223,66 €	-261,18€	2 089,46€	-104,47€
Rui Antonio Rocha Tato Marinho	S	B	4 178,93 €	-208,95€	1 671,57€	-83,58€
Andre Filipe De Sousa Da Trindade	S	B	4 178,93 €	-208,95€	1 671,57€	-83,58€
Catarina Duarte Galhardo Baptista	S	B	4 178,93 €	-208,95€	1 671,57€	-83,58€
Jose Alexandre Dos Santos Abrantes	S	B	4 178,93 €	-208,95€	1 671,57€	-83,58€

Membro do Órgão de Administração 2023-2025	Estatuto do Gestor Público					
	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)			Redução DP-gestores públicos
			Vencimento	Redução RB-gestores públicos	Despesas de representação	
Carlos Jose das Neves Martins	S	B	5 223,66 €	-261,18€	2 089,46€	-104,47€
Rui Antonio Rocha Tato Marinho	S	B	4 178,93 €	-208,95€	1 671,57€	-83,58€
Eunice Isabel Nascimento Carrapico	S	B	4 178,93 €	-208,95€	1 671,57€	-83,58€
Miguel Jorge Figueiredo Carpinteiro	S	B	4 178,93 €	-208,95€	1 671,57€	-83,58€
Francisco Antº. Avelos de Sousa Matoso	S	B	4 178,93 €	-208,95€	1 671,57€	-83,58€
Carla Cristina M. A. Martins Ribeiro	S	B	4 178,93 €	-208,95€	1 671,57€	-83,58€

Conselho de Administração (1/01/2024 a 31/01/2024)					Conselho de Administração (01/02/2024 a 31/12/2024)						
Nome e Cargo	Nome e Cargo	Nome e Cargo	Nome e Cargo	Nome e Cargo	Nome e Cargo	Nome e Cargo	Nome e Cargo	Nome e Cargo	Nome e Cargo	Nome e Cargo	
Ana Paula Mescheiro De Almeida Martins Silvestre Correia - Presidente	Rui António Rocha Tito Marinho - Diretor clínico	Jose Alexandre Dos Santos Abrantes - Enfermeiro Diretor	Andre Filipe De Sousa Da Trindade - Vogal	Catarina Duarte Gelhardo Baptista - Vogal	Carlos José Das Neves Martins - Presidente	Rui António Rocha Tito Marinho - Diretor clínico	Eunice Isabel Nascimento Carmo - Diretor clínico	Carla Cristina Matos Apolinário Martins Ribeiro - Enfermeiro Diretor	Francisco António Almeida De Sousa Matos - Vogal	Miguel Jorge Figueiredo Capitão - Vogal	
<b>Mandato</b>											
Adoptado ao EGP (Sim/Não)											
<b>Remuneração Total (1.+2.+3.+4.)</b>	<b>8 357,45 €</b>	<b>5 970,50 €</b>	<b>5 650,50 €</b>	<b>6 711,32 €</b>	<b>6 711,32 €</b>	<b>92 176,91 €</b>	<b>73 686,83 €</b>	<b>73 578,83 €</b>	<b>73 916,07 €</b>	<b>73 710,83 €</b>	
<b>OPRLD</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>	
<b>Entidade de Origem (Identificar)</b>											
<b>Entidade pagadora (origem/Destino)</b>											
1.1. Remuneração Anual	6 142,19 €	4 178,93 €	4 178,93 €	4 913,75 €	4 913,75 €	67 478,24 €	54 326,09 €	54 326,09 €	54 555,33 €	54 326,09 €	54 326,09 €
1.2. Despesas de Representação (Anual)	2 089,46 €	1 671,57 €	1 671,57 €	1 671,57 €	1 671,57 €	22 984,06 €	18 387,27 €	18 387,27 €	18 387,27 €	18 387,27 €	18 387,27 €
1.3. Senha de presença (Valor Anual)											
1.4. Redução decorrente da Lei 12-A/2010						365,65 €	292,53 €	292,53 €	292,53 €	292,53 €	292,53 €
1.5. Redução decorrente da Lei 64-B/2011											
1.6. Suspensão do pagamento dos subadios de férias e natal											
1.7. Reduções de anos anteriores											
<b>1. Remuneração Anual Efetiva Líquida</b>	<b>8 231,65 €</b>	<b>5 850,50 €</b>	<b>5 850,50 €</b>	<b>6 585,32 €</b>	<b>6 585,32 €</b>	<b>90 086,65 €</b>	<b>72 420,83 €</b>	<b>72 420,83 €</b>	<b>72 650,07 €</b>	<b>72 420,83 €</b>	<b>72 420,83 €</b>
<b>(1.1+1.2+1.3+1.4+1.5+1.6+1.7)</b>											
<b>2. Remuneração variável</b>											
<b>3. Isenção do Horário de Trabalho (IHT)</b>											
<b>4. Outras - Subsídio Excepcional Risco combate COVID-19</b>											
<b>Subsídio de deslocação</b>	<b>126,00 €</b>	<b>120,00 €</b>	<b>108,00 €</b>	<b>126,00 €</b>	<b>126,00 €</b>	<b>1 332,00 €</b>	<b>1 266,00 €</b>	<b>1 158,00 €</b>	<b>1 266,00 €</b>	<b>1 290,00 €</b>	<b>1 320,00 €</b>
<b>Encargos com benefícios sociais</b>											
<b>Regime de Proteção Social</b>											
- Indicar Regime (ADSE/Soc. Social/Outros)	Seg. Social	(CGA)+ADSE	(CGA)+ADSE	Seg. Social	Seg. Social	Seg. Social	CGA+ADSE	Seg. Social+ADSE	CGA+ADSE	CGA+ADSE	Seg. Social+ADSE
- Valor	903,84 €	792,62 €	789,81 €	975,13 €	870,61 €	9 910,60 €	9 891,22 €	10 408,29 €	10 712,49 €	10 362,22 €	10 348,57 €
<b>Seguros de saúde</b>											
<b>Seguro de vida</b>											
<b>Seguro de Acidentes Pessoais</b>											
<b>Outros (Indicar)</b>											
<b>Acumulação de Funções de Gestão (S/N)</b>											
<b>Entidade (Identificar)</b>											
<b>Remuneração Anual</b>											
<b>Mandato</b>											
<b>Totalidade de Utilização</b>	<b>Aquisição</b>	<b>Aquisição</b>	<b>Aquisição</b>	<b>Aquisição</b>	<b>Aquisição</b>	<b>Aquisição</b>	<b>Aquisição</b>	<b>Aquisição</b>	<b>Aquisição</b>	<b>Aquisição</b>	<b>Aquisição</b>
<b>Valor de referência da viatura nova</b>											
<b>Ano Início</b>											
<b>Ano Término</b>											
<b>N.º prestações (se aplicável)</b>											
<b>Valor Residual</b>											
<b>Valor de renda/prestação anual da viatura de serviço</b>											
<b>Combustível gasto com a viatura</b>											
<b>Métrica anual Cumprimento atributo</b>											
<b>Outros (Portagens / Reparações / Seguro)</b>											
<b>Límite definido conforme Art.º 33 do EGP (Sim/Não)</b>											
<b>Gastos c/ deslocações</b>	<b>Nome e Cargo</b>	<b>Nome e Cargo</b>	<b>Nome e Cargo</b>	<b>Nome e Cargo</b>	<b>Nome e Cargo</b>	<b>Nome e Cargo</b>	<b>Nome e Cargo</b>	<b>Nome e Cargo</b>	<b>Nome e Cargo</b>	<b>Nome e Cargo</b>	<b>Nome e Cargo</b>
<b>Mandato</b>	<b>I/II</b>	<b>I/II</b>	<b>I/II</b>	<b>I/II</b>	<b>I/II</b>	<b>I/II</b>	<b>I/II</b>	<b>I/II</b>	<b>I/II</b>	<b>I/II</b>	<b>I/II</b>
<b>Custo total anual c/ viagens</b>											
<b>Custos anuais com Alojamento</b>											
<b>Ajudas de custo</b>											
<b>Outras (Indicar)</b>											
							749,26 €				

*2. Indicação dos montantes pagos, por outras empresas em relação de domínio ou de grupo ou que se encontrem sujeitas a um domínio comum.*

Não existem montantes pagos por outras sociedades em relação de domínio ou de grupo ou que se encontrem sujeitas a um domínio comum.

*3. Indicação da remuneração paga sob a forma de participação nos lucros e/ou de pagamento de prémios e explanação dos motivos por que tais prémios e/ou participação nos lucros foram concedidos.*

Não existe remuneração paga sob a forma de participação nos lucros e/ou de pagamento de prémios.

*4. Referência a indemnizações pagas ou devidas a ex-administradores executivos relativamente à cessação das suas funções durante o exercício.*

Não foram pagas indemnizações ou são devidas a ex-administradores executivos relativamente à cessação das suas funções durante o exercício.

*5. Indicação do montante anual da remuneração auferida, de forma agregada e individual, pelos membros do órgão de fiscalização da empresa, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação.*

**Quadro 15 – Montante anual da remuneração auferida pelos membros do órgão de fiscalização**

Membro do Órgão de Fiscalização	Remuneração Anual 2024	
	01/01/2024 a 01/10/2024 (€)	Bruta
Carla Reis Santos		11.493,90€

Membro do Órgão de Fiscalização	Remuneração Anual 2024	
	01/12/2024 a 31/12/2024 (€)	Bruta
Marlene Lopes Fernandes		1.462,62€
Paulo Jorge Rodrigues Mateus		1.096,97€

*6. Indicação da remuneração no ano de referência dos membros da mesa da assembleia geral.*

Não aplicável na medida em que não existe assembleia geral.

### VIII. Transações com partes Relacionadas e Outras

1. Apresentação de mecanismos implementados pela empresa para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas<sup>12</sup> e indicação das transações que foram sujeitas a controlo no ano de referência.

As transações mais relevantes com entidades relacionadas decorrem do serviço prestado aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, de acordo com as regras definidas no Contrato-Programa, sendo a prestação dos cuidados faturada à ACSS, após aprovação prévia, por parte desta entidade, dos serviços a faturar.

Para além da ACSS, destacam-se também as seguintes entidades com quem a ULSSM efetua transações relevantes, sempre no âmbito da prestação de cuidados médicos previstos no seu objeto social: subsistemas públicos ou privados; seguradoras; utentes assistidos e independentes.

Os cuidados médicos e outros serviços prestados são efetuados de acordo com tabelas de preços previamente aprovados, às quais a ULSSM está sujeito, à semelhança do que sucede com outras entidades públicas do sector da saúde prestadoras de serviços idênticos.

Foram sujeitas a controlo no ano de referência o Contrato Programa que é monitorizado e avaliado pela DE pela ACSS, IP e ainda pela DGO na componente do Orçamento Económico.

2. Informação sobre outras transações:

- a) Procedimentos adotados em matéria de aquisição de bens e serviços;

Nos termos do Regulamento Interno em vigor, compete ao Serviço de Gestão de Compras assegurar a contratação, compra e disponibilização de todos os bens, serviços e empreitadas necessários ao funcionamento do Hospital e ao cumprimento da missão assistencial com que o mesmo se encontra superiormente comprometido, com respeito pelas regras da Contratação Pública previstas no Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei N.º 18 de 2008, de 29 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei N.º 111-B/2017, de 31 de agosto, na Sua redação atual e demais disposições legais aplicáveis.

<sup>12</sup> Para efeitos do conceito de parte relacionada tenha-se em conta o que se encontra definido na NCRF 5 (Norma contabilística e de relato financeiro 5. Divulgações de Partes Relacionadas), e também no n.º 4 do artigo 63.º do CIRC (Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas).

Decorrente da emergência de saúde pública de âmbito internacional, declarada pela Organização Mundial de Saúde, no dia 30 de janeiro de 2020, bem como à classificação do vírus como uma pandemia, no dia 11 de março de 2020, algumas das aquisições realizadas no âmbito da doença COVID-19, foram instruídas ao abrigo do Decreto -Lei n.º 10 -A/2020, de 13 de março, regime legal adequado a esta realidade excepcional, em especial no que respeita a matéria de contratação pública, para contingência, mitigação e tratamento da doença COVID -19.

O Decreto-Lei n.º 66-A/2022, de 30 de setembro, que determina a cessação de vigência de vários decretos-leis publicados no âmbito da pandemia da doença COVID-19, e termos em que desde 01 de outubro de 2022, são desenvolvidos os procedimentos de aquisição previstos no Código dos Contratos Públicos.

A ULSSM submete para conhecimento do Tribunal de Contas, nos termos do disposto no artigo 6.º, n.º 1 e n.º 2, da Lei n.º 1-A/2020, de 19 de março do disposto no art.º 6.º da Lei n.º 1-A/2020, de 19 de março, todos os contratos abrangidos pelo Decreto -Lei n.º 10 -A/2020, de 13 de março, bem como outros contratos celebrados pelas entidades referidas no artigo 7.º do Decreto -Lei n.º 10 -A/2020, de 13 de março, de valor igual ou superior a 750.000 euros e os contratos de montantes superior a 950.000 euros isolados ou relacionados entre si, nos termos da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas, Lei N.º 98/97, de 26 de agosto, e republicações subsequentes, nomeadamente, a Lei N.º 42/2016, de 28 de dezembro, com as alterações e adaptações previstas na Lei n.º 27-A/2020 de 24 de julho e na Lei n.º 12/2022, de 24 julho.

Nesta sequência foi publicada ainda a Lei n.º 31/2023, de 4 de julho, que determina a cessação de vigência de leis publicadas no âmbito da pandemia da doença Covid-19 – em especial, a (isenção de) fiscalização prévia do Tribunal de Contas, o que implica que todos os contratos celebrados [i.e., outorgados] a partir de 5 de julho, de valor igual ou superior a 750 000 € (cfr. artigos 46.º e 48.º da LOPTC), e que não estejam isentos (cfr. 47.º da LPOTC), foram submetidos a fiscalização prévia do Tribunal de Contas, observando o disposto na Lei n.º 98/97, de 26 de agosto (Lei de Organização e Processo do Tribunal, LOPTC), e em cumprimento com as regras presentes na Resolução n.º 3/2022-PG de 8 de abril.

A ULSSM recorreu ao Despacho n.º 2879/2023 de 02 de março, para assunção de compromissos plurianuais, por forma a otimizar os recursos financeiros, materiais e administrativos até à sua revogação, regendo-se então pelo disposto no Artigo 6º, n.º 1, alínea a) da LCPA Lei n.º 8/2012, 21 fevereiro; artigo 22.º do Decreto-Lei 197/99, de 8 de junho; artigo 11.º/1 do DL 127/2012 e Portaria 108/2021 de 4 março, tendo sido submetidos os pedidos de assunção de despesa plurianual na plataforma SNS + Investimento e plataforma DGOnline.

O encargo com contratos de aquisição de serviços pela ULSSM é, também, regulado pelo LOE e DLEO, estando esta Entidade em cumprimento com a referida Legislação.

Para além das aquisições de medicamentos, de material de consumo clínico e de serviços efetuadas ao abrigo dos Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA) na área da Saúde e nas áreas Transversais, mediante convite à apresentação de proposta dirigido aos cocontratantes naqueles CPA e de acordo com o procedimento pré-contratual previsto no artigo 259.º do CCP, o Serviço de Gestão de Compras efetua igualmente aquisições de bens e serviços pelo Sistema Nacional de Compras Públicas, através da Unidade Ministerial de Compras do Ministério da Saúde, na qualidade de entidade voluntária, através de compra centralizada por via de contrato de mandato administrativo, no âmbito da agregação centralizada, promovida pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.

*b) Identificação das transações que não tenham ocorrido em condições de mercado;*

Não se registaram transações nestas condições.

*c) Lista de fornecedores com transações com a empresa que representem mais de 5% dos fornecimentos e serviços externos (no caso de ultrapassar 1 milhão de euros).*

**Quadro 16 – Lista Fornecedores**

Fornecedor	Valor	%
Derichebourg Facility Services	6.896.077€	5%
SUCH – Serv. Utilização Comum Hospital	4.797.235€	4%
ITAU – Instituto Tec Alimentação Humana	4.652.095€	3%
Inst. Port. Sangue Transplantação	4.159.446€	3%
IMI – Imag Med. Integradas	3.356.234€	3%
Irmãs Hospitalarias S. Coração Jesus	3.343.900€	3%
Noite & Dia Vigilância	2.866.560€	2%
Iberdrola	2.803.777€	2%
Diaverum	2.106.660€	2%
Farmacia União	1.978.269€	1%
Nephrocure	1.804.674€	1%
Assoc.. Bombeiros Voluntarios Cela	1.757.224€	1%
Prestibel – Emp Segurança	1.630.715€	1%

## **IX. Análise de Sustentabilidade da Empresa nos Domínios: Económico, Social e Ambiental**

*Caracterização dos elementos seguidamente explicitados, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação<sup>13</sup>:*

- 1. Estratégias adotadas e grau de cumprimento das metas fixadas.*

Cf. Capítulo 2, ponto 2: do presente Relatório.

- 2. Políticas prosseguidas com vista a garantir a eficiência económica, financeira, social e ambiental e a salvaguardar normas de qualidade.*

Esta informação consta do Capítulo 2 ponto 2, alínea b) deste Relatório.

No âmbito social, a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde e da segurança do doente esteve subjacente à prática, ao longo de 2024, consolidando o que já era prática em anos anteriores ou tornando emergentes outras necessidades.

A Unidade Local de Saúde de Santa Maria é uma instituição de referência a nível nacional e internacional, pelo que foi considerado importante um reforço da implementação de processos automatizados na distribuição e preparação de medicamentos, acompanhando a "revolução" da Farmácia 4.0, que utiliza sistemas automatizados ao longo da cadeia de valor da farmácia.

A implementação de novos processos automatizados no Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica permitirá reduzir o tempo despendido pelas equipas farmacêutica e de enfermagem com os processos de preparação, distribuição e gestão da medicação, bem como manipulação de injetáveis, resultando em melhorias significativas da segurança e da qualidade do serviço prestado aos doentes.

No início deste processo, foi adquirido já em 2022, um sistema robotizado para preparação centralizada de medicamentos injetáveis no CHULN,EPE, com o propósito de cumprimento dos seguintes objetivos:

- Diminuição do tempo de espera e aumento da capacidade de produção;
- Diminuição dos recursos humanos envolvidos na preparação de medicamentos injetáveis;

---

<sup>13</sup> Querendo, a entidade poderá incluir síntese ou extrato (s) do seu Relatório de Sustentabilidade que satisfaça (m) o requerido. Tal formato de prestação da informação, implica que o texto seja acompanhado das adequadas referências que permitam identificar as partes da síntese ou extrato (s) que satisfazem cada uma das alíneas.

- Reaproveitamento das ampolas utilizadas, evitando o desperdício;
- Possibilidade de funcionamento durante 24 horas por dia;
- Total informatização e rastreabilidade do circuito implementado;
- Redução do potencial de erro humano.

Prosseguimos com a implementação do sistema de transporte automatizado de medicamentos através de tubos pneumáticos, que visa permitir:

- Redução dos tempos de espera de chegada da medicação aos serviços;
- Diminuição dos recursos humanos envolvidos, libertando os assistentes operacionais para outras tarefas;
- Otimização do trabalho das equipas de enfermagem.

Implementámos a aquisição de um dispensador automático de medicamentos a doentes em seguimento na farmácia de ambulatório, com o objetivo de:

- Permitir a dispensa de medicamentos, a doentes selecionados, durante 24h por dia;
- Melhorar a acessibilidade ao medicamento (compatibilizar a dispensa de medicamentos com os horários dos doentes);
- Diminuir o tempo de espera para o atendimento farmacêutico, com diminuição do número de doentes presenciais.

Todas as alterações introduzidas na Farmácia de Ambulatório do Hospital de Santa Maria permitiram a redução do tempo de espera garantindo o cumprimento das regras de segurança.

Em 2024, à semelhança do processo desenvolvido em anos anteriores, realizaram-se atividades de identificação, de análise e de avaliação do risco nas áreas comuns e nas Unidades do CHULN, de monitorização das medidas corretivas planeadas e implementadas bem como de reavaliação dos riscos identificados.

Não foi efetuada auditoria à Identificação dos doentes, por limitação de circulação de profissionais.

*3 Forma de cumprimento dos princípios inerentes a uma adequada gestão empresarial:*

*a) Definição de uma política de responsabilidade social e de desenvolvimento sustentável e dos termos do serviço público prestado, designadamente no âmbito da proteção dos consumidores (vide artigo 49º do RJSPE),*

### **Responsabilidade Social**

A ULSSM para além do cumprimento do seu objetivo e missão principal - a prestação de cuidados de saúde à população - desempenha igualmente um papel determinante na melhoria continuada da qualidade dos Serviços e cuidados prestados, envolvendo todos os profissionais e garantindo a adoção pelos Serviços de boas práticas e o empenho de todos, onde a área de apoio social se integra.

A ULSSM procura responder às necessidades humanas que resultam da interação em sociedade e ao desenvolvimento do seu potencial, promovendo o bem-estar e a autorrealização dos cidadãos. No meio hospitalar a especificidade da intervenção, através do setor social incide no apoio psicossocial ao ser humano doente e sua família, estabelecendo elos de mediação entre as várias dimensões: pessoais, relacionais, organizacionais, escolares e laborais.

Na ULSSM são utilizados métodos e técnicas específicas, de forma integrada e funcionalmente com os demais profissionais de saúde, com idêntico nível de dignidade e autonomia, em todos os momentos que compõem o quotidiano do processo coletivo do tratamento.

A ULSSM intervém, ainda, de forma direta com os utentes/famílias/colaboradores que procuram o apoio social, sempre na procura de garantir o acesso aos direitos básicos de cidadania e aos recursos institucionais ligados aos diversos sectores: Saúde, Segurança Social, Educação, Emprego/Formação Profissional, Habitação, Misericórdias, Ministério Público, Tribunais de Família e Menores, ONG, IPSS, entre outras.

Atualmente o SSGC da ULSSM constitui uma unidade nuclear que integra os Serviços de Apoio Clínico e configura-se como elo de ligação e interlocutor privilegiado entre o utente, a família, a equipa terapêutica e a comunidade. Tendo como pilares fundamentais os princípios dos Direitos Humanos e da Justiça Social, procura a resolução de problemas concretos, a prevenção de disfunções e a promoção da mudança, numa perspetiva emancipatória de capacitação e *empowerment*. Contempla uma visão integral da realidade, através do estudo, diagnóstico e intervenção orientada para o utente, adequando as respostas existentes às necessidades numa perspetiva holística.

Os assistentes sociais da ULSSM desenvolvem o seu trabalho nos Serviços de internamento, nas Consultas externas, nos Serviços de Urgência (Central, Pediatria Ginecologia-Obstetrícia), no Serviço de Saúde Ocupacional

atuando num universo muito amplo e integrando as múltiplas dimensões que contemplam a relação entre a doença, o utente dos serviços de saúde e a sociedade.

Os doentes protelados por motivos sociais é um problema com implicação direta na demora média do internamento. A Instituição, através dos assistentes sociais, trabalha diariamente no planeamento da alta hospitalar, cujo objetivo é a coincidência entre alta clínica e social. Este planeamento pressupõe um esforço integrado de recursos de apoio formal e informal, fomentando sempre a intervenção multidisciplinar, sem nunca descurar os valores deontológicos e éticos da profissão, bem como a vontade do doente/pessoa significativa e a adequação das respostas.

A preocupação do Serviço Social em 2024 centrou-se em tentar gerir as expectativas das famílias, substituindo a ausência de proximidade presencial, funcionando como gestor tentando centralizar a responsabilidade apenas num só técnico tentando colmatar esta necessidade de recursos humanos.

Tendo em linha de conta o aumento exponencial da afluência de utentes à nossa Instituição e, consequentemente, a necessidade de garantir o bom funcionamento dos Serviços e a capacidade de resposta instalada, foi instaurado o Plano de Contingência, que consistiu na contratualização de camas de retaguarda com IPSS e Instituições privadas. Este Plano permite:

- i. A redução dos custos hospitalares e a sustentabilidade económico-financeira da instituição;
- ii. Uma maior eficiência e inovação organizacional;
- iii. A prevenção das infeções oportunistas por internamentos prolongados;
- iv. Ganhos de saúde centrados numa maior acessibilidade e melhor excelência de cuidados adequados às necessidades de saúde e contexto social dos utentes.

Da análise aos Cuidados de Saúde Hospitalares verificamos que em 2024 o número de doentes atendidos atingiu os 23 973 representando um aumento face ao período homólogo de 6,1%. Metade destes doentes são atendidos em Ambulatório, obtendo-se um crescimento de 6% face ao período homólogo e na Urgência os casos atendidos aumentam em 12,2% também face ao período homólogo.

Em 2024 foram identificados 334 doentes com um tempo de protelamento médio de 27,4 dias (195 no departamento Medicina), sendo que em 2023, foram identificados 162 doentes com um tempo de protelamento médio de 35 dias, a nível global.

Sublinha-se que destes 334 doentes, 83 foram, entretanto, integrados em camas de retaguarda.

O maior número de doentes integrados em camas de retaguarda corresponde a doentes referenciados à RCCI sendo a UMDR a que tem maior peso (70,8%). Relativamente aos doentes que aguardam resposta social, verifica-se uma grande morosidade de resposta, dependendo, no entanto, do prestador (SCML -> 90 dias e Segurança Social > 225 dias).

No que concerne aos Cuidados de Saúde Primários a atividade enquadrada na sua maioria nos programas ao nível das UCC com forte aposta na intervenção comunitárias.

Da análise às situações emergentes e/ou com internamentos inadequados, sobressai a inexistência total de um plano de cuidados integrados na doença crónica e no processo de envelhecimento por um lado e a desarticulação completa entre serviços de saúde, serviços da segurança social e prestadores de cuidados.

Ao nível da Responsabilidade Social refere-se a colaboração deste Serviço ao nível interno colaborando com diversas equipas: cuidados paliativos, incluindo os pediátricos; apoio psicossocial; Núcleo de apoio à Criança e à Família; Espaço familiar Ronald McDonald; Equipa de prevenção de violência nos adultos e Unidade de hospitalização domiciliária apenas para citar alguns exemplos da sua interação.

Ao nível das parcerias com a comunidade destacamos aquelas com maior número de situações sinalizadas: liga portuguesa contra o cancro; Ajuda de Mãe e o Banco do Bébé.

### **Participação do Utente**

De acordo com o Regulamento Interno em vigor, compete ao Gabinete do Cidadão (GC) a recolha, tratamento e monitorização das reclamações, sugestões e opiniões, louvores e pedidos efetuados pelos cidadãos nacionais e estrangeiros, enquanto utilizadores dos serviços da ULSSM, com vista à melhoria contínua dos serviços prestados e a satisfação dos utentes.

Na sua visão procura ser um elo de ligação entre os cidadãos e os serviços de saúde, assegurando que as necessidades e preocupações são escutadas, compreendidas e devidamente encaminhadas. Pretendemos

consolidar-nos como um espaço de diálogo institucionalizado, de confiança, promovendo uma cultura ativa e melhoria contínua dos Serviços, sempre com foco na dignidade e bem-estar dos cidadãos.

Com a ULSSM a sua estrutura orgânica alterou-se dividindo-se em três grandes áreas: Área de Cuidados de Saúde Hospitalares (HSM; HPV; CDP e CAC); Área de Cuidados de Saúde Primários ACE'S Lisboa Norte e Área de Cuidados de Saúde Primários do Centro de Saúde de Mafra.

Analisando comparativamente com os indicadores do ano anterior, apenas nas áreas hospitalares, observou-se um aumento de Reclamações (2.250 vs. 2.150) na sua grande parte já via email, invertendo-se a tendência dos anos anteriores. Por áreas funcionais destacamos em 2024 o aumento no Ambulatório (+12,7%), diminuindo apenas a área da Urgência -21,6%) por via da redução de Tempo de Espera. Em relação aos Grupos Profissionais os Técnicos de MCDT'S apresentam o maior acréscimo percentual (+33% - +3) seguido pelo Pessoal Concessionado (+3,2% - +5) do total.

Em relação aos louvores destacamos a subida de 34,4% no geral (com destaque para a Medicina Interna), mantendo-se os valores pouco expressivos de sugestões.

No que concerne à área de cuidados primários nos ACES Lisboa Norte, o maior número de reclamações concentra-se na USCP de Sete Rios, e em Mafra, no SAP Mafra focando a falta de acesso aos cuidados de saúde.

### Medidas para prevenção do risco

Em 2024, à semelhança do processo desenvolvido em anos anteriores, realizaram-se atividades de identificação, de análise e de **avaliação do risco** nas áreas comuns e nas Unidades da ULSSM, de monitorização das medidas corretivas planeadas e implementadas bem como de reavaliação dos riscos identificados.

Na senda da prevenção de Riscos Profissionais dos Colaboradores da ULSSM, o **Centro de Formação** em colaboração com o Serviço de Saúde Ocupacional, desenvolve anualmente um projeto formativo que visa a prevenção. Em 2024 o SSO realizou 24 ações de formação neste campo.

Em 2024 o Centro de Formação realizou 153 ações de formação e 173 sessões formativas distribuídas da seguinte forma:

Quadro 17 – Áreas de Formação

Áreas	N.º de Produtos Formativos	N.º Formandos	N.º de Horas
Desenvolvimento pessoal	5	102	88
Formação Prof./Formadores	2	28	180
Ciências Empresariais	21	859	62,75
Direito	8	170	8
Informática	9	115	30,5
Saúde	218	5 691	5 508,5
Serviços Segurança	63	1 152	118,5

Sendo uma área de fundamental importância numa organização hospitalar, a realização de formação em Serviços de Segurança, destacamos os produtos formativos em 2024:

Quadro 18 – Formação no âmbito da Serviços de Segurança

Descrição	N.º de Produtos Formativos	N.º Formandos	N.º de Horas
Serviços de Saúde Pública	2	23	2
Proteção de pessoas e bens	38	715	80,5
Higiene e Segurança no Trabalho	23	414	36
Total	63	1 152	118,5

### Transição digital

Durante o ano de 2024O Serviço de Sistemas de Informação (SSI), com a criação da ULS Santa Maria, viu-se confrontado com a necessidade da integração dos Centros de Saúde de Lisboa Norte e Mafra.

Tal implicou para o SSI, um esforço para a integração de redes, utilizadores, sistemas de comunicação e informação e redes informáticas num único ambiente partilhado por toda a ULS.

Na ULSSM foi dada continuidade ao redesenho dos processos de relacionamento com os fornecedores a nível de ocorrências, *report* da sua atividade, controlo dos níveis de serviço e penalizações, concretizado na implementação de regras de disponibilização de manuais técnicos, de interfaces e de funcionamento por parte dos fornecedores das aplicações.

Das principais realizações a nível das Soluções Clínicas, destacam-se pela sua dimensão e impacto a implementação do sistema **FLASHKNiFE** que oferece uma taxa de dose de radioterapia muito mais elevada, permitindo que o doente seja tratado em apenas uma sessão e em alguns milissegundos.

Foi implementado ainda O projeto **INNOBICS-SAHS** que permitiu ao Serviço de Pneumologia da Unidade Local de Saúde de Santa Maria (ULSSM) integrar um projeto europeu inovador para aumentar o acesso a cuidados de saúde de doentes com apneia do sono.

Foram ainda criadas todas as condições para que projetos estruturantes ao nível do SNS decorressem dentro das datas definidas pela tutela, tais como a abertura do **Centro de Atendimento Clínico de Sete Rios (CAC)**, que aliviou a urgência do Hospital Santa Maria; Projeto **“Ligue Antes, Salve Vidas” (LASV)**, uma iniciativa que visa reduzir a sobrecarga nas urgências hospitalares; Abertura da **nova Maternidade Luís Mendes da Graça**, equipada com tecnologia de última geração.

Ao nível das Soluções Clínicas, ocorreram diversas implementações, destacando-se:

- Upgrade Intellispace - Imagiologia;
- Upgrade Infortucano – Cardiologia, Neurologia e Cirurgia Vascular
- Upgrade Virtualcare – Urgência Obstétrica e Ginecologia
- Desmaterialização/Digitalização de processos nos RH
- Upgrade Elekta – Brachyterapia
- Implementação Catalyst – Novo Acelerador na Radioterapia
- Expansão de interfaces dos termos de responsabilidade com entidades externas
- Implementação do Rennalsoft - Nefrologia

Também na área dos indicadores de gestão foram disponibilizados um conjunto alargado de indicadores, com a disponibilização de uma nova plataforma, o **SINAI-BI**. Isso permitiu dotar a ULSSM de indicadores em áreas críticas, como é o caso das urgências.

Por último, lembrar a continua monitorização efetuada pelo SSI para permitir que a ULSSM disponha de barreiras a ciberataques cada vez mais frequentes na atualidade. Tal é devido a dispormos de ferramentas que permitem uma defesa eficaz do perímetro informático da ULSSM.

*b) Definição de políticas adotadas para a promoção da proteção ambiental e do respeito por princípios de legalidade e ética empresarial, assim como as regras implementadas tendo em vista o desenvolvimento sustentável (vide artigo 49º do RJSPE),*

No âmbito da **Gestão de Resíduos**: a política de Gestão de Resíduos da ULSSM, acompanha as preocupações manifestas pelo Despacho 4860/2013 de 9 de abril no que se refere à necessidade da melhoria da eficiência energética.

Na prossecução do objetivo de transformar o Hospital de Santa Maria num “Hospital Verde”, e dada a importância e a responsabilidade dos hospitais do SNS na Sustentabilidade Ambiental, surgiu o projeto “Santa Maria Green Hospital”, com o intuito de assegurar a prossecução e concretização dos seus Objetivos e Medidas.

No âmbito do referido projeto, foi necessário estudar a criação de um novo circuito de equipamentos de deposição seletiva nas áreas públicas e de circulação geral (internas e externas) no HSM, através da instalação de ecopontos em áreas de grande fluxo de Visitantes/Utentes/Profissionais, para a recolha e encaminhamento de resíduos recicláveis (papel/cartão, embalagens de plástico e resíduos indiferenciados). No ano de 2023 concluimos a implementação do objetivo de instalação de 23 ecopontos tripartidos (3 recetáculos) e 6 ilhas ecológicas no HSM.

Futuramente, um sistema de gestão integrada de resíduos recicláveis possibilitará o apuramento de indicadores de sustentabilidade ambiental, como por exemplo: a quantidade de toneladas de papel/cartão encaminhada para reciclagem pelo HSM e o impacto ambiental desta ação (por exemplo a tradução deste indicador em número de árvores).

Na prestação de serviços de **Higiene e Limpeza**, a ULSSM mantém, no que concerne à utilização de produtos, uma política amiga do ambiente, utilizando produtos concentrados permitindo a diminuição do número de embalagens, mas, por outro lado, assegurando a sua utilização com as diluições adequadas.

Quanto à higienização das mãos são usados produtos nas quantidades apropriadas, pelo que se disponibiliza, em todos os locais embalagens providas de doseadores. Desta forma, garante-se que não existe desperdício, reduz-se o impacto ambiental deste tipo de resíduos e respeita-se a saúde dos profissionais.

Reafirma-se que os produtos de limpeza adquiridos são respeitadores do ambiente pois são biodegradáveis.

No ano de 2024 a Unidade de Gestão Hoteleira assumiu ainda a responsabilidade social no que concerne à implementação da promoção de proteção ambiental para um desenvolvimento mais sustentável no que concerne aos cuidados de saúde primários:

- UCSP de Lisboa Norte – Prestação de serviços de higiene e limpeza, aquisição de consumíveis de higiene, lavagem e tratamento de roupa, tratamento de resíduos hospitalares e desinfestação das instalações;
- UCSP de Mafra – Prestação de serviços de lavagem e tratamento de roupa e tratamento de resíduos hospitalares.

#### **Projeto de “bio descontaminação de ar e superfícies”**

A eficácia dos métodos de descontaminação manuais executados pelas brigadas de limpeza não poderiam por si só ser considerados 100% seguros, pois assentava sobretudo no fator humano com eventual possibilidade de erro humano no decorrer da execução das desinfeções dando origem a possíveis surtos entre Utentes e Colaboradores de diferentes categorias profissionais que laboravam nos Serviços (Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, etc.).

**A bio descontaminação configurou-se assim como uma solução de extrema importância para a garantia da segurança Profissionais e Utentes da ULSSM** solução essa que foi analisada e estudada pelo Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA) , no que diz respeito à sua utilidade enquanto tecnologia de desinfeção ambiental por métodos “non touch” (bio descontaminação), e enquanto complemento importante às descontaminações terminais asseguradas pela brigada de limpeza.

Pela complexidade de procedimentos e circuitos (inclusive em estreita articulação com outros departamentos internos) e pela necessidade de monitorização e acompanhamento, quer em termos de gasto de consumíveis, quer em termos de encargos para a ULSSM, esta necessidade deu origem a uma nova área hoteleira sob a responsabilidade da UGH.

No sentido de prevenir, conter, mitigar as infeções hospitalares, a UGH continuou a desenvolver esforços no ano 2024, para assegurar a execução do projeto “Biodescontaminação de ar e superfícies” nas unidades hospitalares da ULSSM, iniciado em 2020.

No ano 2024, o modelo de biodescontaminação adotado foi um modelo assente em ações de bioescontaminação de caráter curativo, a determinar diariamente pelo Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA), com execução pela equipa interna da UGH por recurso a aquisição de consumíveis (agente desinfetante H2O2) e demais bens necessários (indicadores químicos) à biodescontaminação de ar/superfícies, com disponibilização

de dois equipamentos (em regime de contra-consumo), portáteis e facilmente transportáveis para desinfecção de ar e superfícies por nebulização seca e adequado à utilização de uma concentração baixa de Peróxido de Hidrogénio (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) e Iões de Prata (Ag).

Durante o ano de 2024 foram realizadas um total de 81 ações de biodescontaminação nas unidades hospitalares da ULSSM.

No âmbito da **responsabilidade ambiental**, desde 2022 a UGH assumiu enquanto missão a elaboração e execução de um projeto de "replantação/requalificação de zonas verdes dentro do perímetro do HSM" com trabalhos de plantação de árvores e outras espécies tais como arbustos e sebes em substituição de árvores abatidas dentro do perímetro da ULSSM.

A ULSSM continuou a implementação da área dos equipamentos médicos dos seguintes projetos que vieram contribuir para a **sustentabilidade** da Instituição:

A reabilitação hospitalar é um processo fundamental para garantir a qualidade dos serviços de saúde prestados à população. A modernização das infraestruturas hospitalares é essencial para acompanhar a evolução dos materiais e tecnologias no setor da saúde, proporcionando um ambiente mais seguro, eficiente e confortável para os profissionais de saúde e os pacientes, nomeadamente:

- Modernização das infraestruturas, proporcionando um ambiente mais adequado e funcional para a prestação de cuidados de saúde. Com a atualização dos equipamentos e das instalações, é possível oferecer um atendimento mais eficaz e seguro aos pacientes, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados;
- Modernização das infraestruturas hospitalares através da reabilitação do edificado permite otimizar os processos de trabalho e tornar as operações mais eficientes. Com a incorporação de tecnologias avançadas, é possível melhorar a gestão dos recursos e reduzir os custos operacionais, garantindo uma utilização mais eficiente dos recursos disponíveis e aumentando a produtividade da instituição de saúde.
- Criação de ambientes mais acolhedores e seguros para os pacientes, promovendo o seu conforto e bem-estar durante o período de internamento. Com a modernização das instalações, é possível melhorar a iluminação, ventilação e isolamento acústico dos espaços, proporcionando condições mais favoráveis para a recuperação dos pacientes e contribuindo para a humanização dos cuidados de saúde.

- Introdução de novos materiais e tecnologias nos espaços de saúde, acompanhando as últimas tendências e inovações no setor da saúde. Com a renovação dos equipamentos e a modernização das instalações, é possível garantir a segurança, eficácia e qualidade dos cuidados de saúde prestados, assegurando a competitividade e a sustentabilidade da instituição de saúde no mercado.

A ULSSM continuou a implementação da área dos equipamentos médicos dos seguintes projetos que vieram contribuir para a sustentabilidade da Instituição:

- i. Concluímos a instalação de um Aceleradores Lineares para o Serviço de Radioterapia. Este investimento visa manter a ULSSM de capacidade de resposta assistencial completa aos doentes oncológicos da sua área de referência, bem como a doentes provenientes de outras instituições do SNS;
- ii. Continuamos com a obra de remodelação da Unidade de Transplante de Medula Óssea irá permitir aumentar a dotação a nível do internamento do Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula, Aumentar a capacidade de resposta na área de transplantação e potenciar uma gestão mais eficiente e flexível dos recursos disponíveis;
- iii. Iniciámos o projeto para a remodelação da Consulta de Psiquiatria e Neurologia irá criar uma melhor prestação de cuidados de qualidade quer aos doentes de Neurologia quer aos doentes de psiquiatria, através da reabilitação do espaço;
- iv. Iniciámos o projeto para expansão do sistema pneumático de transporte de amostras, esta expansão irá possibilitar que todos os serviços possam enviar amostras para a Patologia Clínica como receber medicamentos da Farmácia, otimizando recursos humanos e eficiência no processo de entregas;
- v. Foi adquirido o primeiro robot cirúrgico, introduzindo assim na ULSSM equipamento de tecnologia avançada para modernização tecnológica e implementação de novas técnicas cirúrgicas. Este investimento veio reforçar a atuação da ULSSM na medicina de inovação e especializada, com procedimento cirúrgicos de maior precisão, mais eficazes e com mais segurança para o doente.
- vi. Foi equipada na sua totalidade a nova Urgência de Obstetrícia e Maternidade da ULSSM, com equipamento médico de ponta e para garantir uma maior capacidade de resposta e segurança às parturientes e recém-nascidos.
- vii. Foi equipada a Unidade de Transplante de Medula Óssea potenciando a capacidade de resposta da ULSSM, com equipamento médico diferenciado e especializado.
- viii. Foi instalado o novo equipamento de angiografia na Unidade de Técnicas de Gastrenterologia reforçando a capacidade da ULSSM implementar as novas técnicas de radiologia de intervenção, com

diagnósticos e tratamentos de maior precisão, mediante níveis de radiação ionizante muito inferiores aos anteriormente praticados.

Foi terminado o projeto que irá contribuir para a sustentabilidade da Instituição e transformar a ULSSM (polo HSM) num hospital mais amigo do ambiente: Programa Operacional Sustentabilidade e Eficiência no Uso de Recursos, que compreende projetos inovadores para a recuperação e alteração da tipologia técnica de equipamentos, visando a Redução Sustentável dos Consumos de Energia. Estes projetos têm financiamento assegurado, dado que estão integrados na candidatura ao POSEUR, que já foi aprovada e de onde se destaca:

**Construção de Central térmica, Solar Térmico e Gestão técnica** centralizada que consiste na construção de sistemas de produção de energia térmica para a climatização e água quente sanitária, de modo a garantir um funcionamento energeticamente eficiente das instalações, assegurar uma eficaz manutenção e a ininterruptibilidade de fornecimento.

**Produção de água para climatização e água quente sanitária** que será feita na Central térmica, edifício em construção no exterior do edifício do hospital, e através do funcionamento de 4 chillers, 3 caldeiras a gás e 91 painéis solares na cobertura da central. Estes fluidos serão distribuídos pelo hospital através de um anel de distribuição, situado no piso -2 do hospital, e várias prumadas a construir nos ductos verticais que serviam os antigos monta-alimentos e monta-sujos.

**Unidade Produção para Autoconsumo (UPAC)** terminámos a instalação da UPAC com uma potência instalada de 2,3MWp construída em sistema carport, com a capacidade de produzir energia e ao mesmo tempo é capaz de fazer sombra para o estacionamento existente.

c) *Adoção de planos de igualdade tendentes a alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, a eliminar discriminações e a permitir a conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional (vide n.º 2 do artigo 50.º do RJSPE);*

A Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não-Discriminação – Portugal + Igual (ENIND) foi publicada, no dia 21 de maio de 2018 em Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018.

O texto da publicação, refere que a ENIND pretende consolidar os progressos alcançados e perspetivar o futuro da ação governativa, tendo em vista o desenvolvimento sustentável do país que depende da realização de uma igualdade substantiva e transformativa, garantindo simultaneamente a adaptabilidade necessária à realidade

portuguesa e sua evolução até 2030, em alinhamento com o já estabelecido na estratégia nacional de promoção da igualdade, estabelecida em 2013 que considerava como requisito de boa governação a perspetiva de género em todos os domínios de política (*mainstreaming* de género), numa preocupação de integração progressiva da dimensão da igualdade de género nas políticas e nas ações desenvolvidas e promovidas pelos vários departamentos governamentais.

Com esta estratégia em vista, a ULSSM já dispõe de um diagnóstico da situação de homens e mulheres na empresa, conforme previsto na Área Estratégica (n.º 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2014), através do Balanço Social (executado e entregue em 27 de março 2025), para validação pela ACSS.

No âmbito da não discriminação, a ULSSM promove as seguintes:

- Incrementar a utilização de linguagem inclusiva, não discriminatória, na documentação produzida;
- Aplicar o princípio da igualdade de oportunidades na gestão de recursos humanos, nomeadamente recrutamento, seleção e nomeação de cargos de chefia;
- Garantir a equidade na representação de género na composição de júris de procedimentos de seleção e recrutamento, com especial relevância para o género sub-representado;
- Atribuir as licenças de paternidade/maternidade sem discriminações e no estrito cumprimento da lei. O regresso ao trabalho após o gozo da licença de parentalidade é facilitado e, se necessário, facultadas atividades de formação profissional;
- A ULSSM promove a conciliação de horários para que os seus colaboradores cumpram as suas obrigações parentais.

No âmbito do investimento na **valorização profissional**, a ULSSM promove medidas de valorização dos seus colaboradores a vários níveis, nomeadamente:

- Implementação de uma estrutura formativa disponibilizando cursos de formação gratuita;
- Implementação de um centro de investigação apoiando e incentivando os colaboradores a desenvolverem e a publicarem artigos científicos;
- Incentiva e apoia a realização de eventos científicos internos (jornadas, seminários, congressos);
- Apoia a frequência exterior de cursos formativos de interesse institucional visando a disseminação, posteriormente, dessas técnicas/práticas profissionais;
- Colabora com outras instituições disponibilizando os colaboradores em parcerias institucionais disseminando as boas práticas da ULSSM (inclusive reconhecidas por entidades externas) através da colaboração da gestão de projetos e como formadores de cursos e oradores de eventos científicos;

- Promove o desenvolvimento de competências pedagógicas através do papel de tutores de alunos/formandos nacionais e estrangeiros (com especial relevância para a UE e os PALOP) de cursos da saúde abrangendo vários grupos profissionais e diversas modalidades formativas;
- Estabelece parcerias com instituições de ensino/formação visando o intercâmbio entre a praxis clínica e o ensino teórico e prático.

*d) Referência a medidas concretas no que respeita ao Princípio da Igualdade do Género, conforme estabelecido no n.º1 da Resolução do Conselho de Ministros n.º19/2012, de 23 de fevereiro;*

Ver ponto anterior 2.c).

*e) Identificação das políticas de recursos humanos definidas pela empresa, as quais devem ser orientadas para a valorização do indivíduo, para o fortalecimento da motivação e para o estímulo do aumento da produtividade, tratando com respeito e integridade os seus trabalhadores e contribuindo ativamente para a sua valorização profissional (vide n.º1 do artigo 50.º do RJSPE);*

Ver ponto anterior 2.c).

*f) Informação sobre a política de responsabilidade económica, com referência aos moldes em que foi salvaguardada a competitividade da empresa designadamente pela via de investigação, inovação, desenvolvimento e da integração de novas tecnologias no processo produtivo (vide n.º1 do artigo 45.º do RJSPE). Referência ao plano de ação para o futuro e a medidas de criação de valor para o acionista (aumento da produtividade, orientação para o cliente, redução da exposição a riscos decorrentes dos impactes ambientais, económicos e sociais das atividades, etc.).*

No objeto dos eixos estratégicos da ULSSM encontra-se o desenvolvimento de atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde. Daqui decorre a estreita ligação à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e outras instituições de ensino/investigação, nomeadamente no âmbito do Centro Académico de Medicina de Lisboa.

A ULSSM, EPE afirmou-se no SNS como instituição de referência, tendo sido reconhecido pela Direção Geral de Saúde, 17 centros de referência. Foi pela Entidade Reguladora da Saúde reconhecida a excelência clínica em 12 áreas clínicas e 4 áreas transversais. Integra o Health Cluster, o EIT Health e promove a inovação em áreas clínicas, em 6 projetos a executar no período 2020/2022 e 2025/2027. Constituiu um Gabinete de Inovação e Desenvolvimento (CI nº 16/2020 de 29.5) destinado a apoiar as iniciativas relevantes no campo da inovação e a propor o melhor enquadramento e meios de execução.

Na área da investigação clínica, foi reforçada a estrutura de coordenação, no sentido de garantir a centralização gradual da instrução e acompanhamento da execução dos projetos, de forma a melhorar a competitividade da ULSSM (muito embora seja a instituição hospitalar com maior número de ensaios clínicos em curso), quanto às condições de execução, celeridade da instrução e massa crítica de participantes.

Em 2024, foram iniciados 52 estudos clínicos, envolvendo centenas de doentes, com acesso precoce a terapêuticas inovadoras. No final de 2024 estão em curso 250 ensaios clínicos tendo terminado 55. Os ganhos globais representaram mais de 2 milhões de euros.

O estímulo e participação nas atividades de investigação é encarado pela ULSSM como um fator acrescido de motivação e sustentabilidade das equipas clínicas, em termos de atração e retenção de colaboradores de elevado potencial.

Foram dados alguns passos decisivos na instalação, espera-se, do primeiro centro de ensaios clínicos fase I, em parceria com um dos mais reputados operadores internacionais.

Em 2021 aplicou-se o novo regulamento de ensaios clínicos, desenvolvido em contexto de ampla participação dos dirigentes e investigadores.

## X. Avaliação do Governo Societário

1. Menção à disponibilização em SISEE ou SIRIEF da ata da reunião da Assembleia Geral, Deliberação Unanime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação dos documentos de contas (aí se incluindo o Relatório e Contas e o RGS) relativos ao exercício de 2023 por parte dos titulares da função acionista ou, caso não se tenha ainda verificado a sua aprovação, menção específica desse fato.

A aprovação do Relatório e Contas consta da ata nº22/2024 de 26 de maio de 2024 e a aprovação do Relatório do Governo Societário consta da ata nº 17/2024 de 11 de abril de 2024 (ver Anexo 7).

2. Verificação do cumprimento das recomendações recebidas<sup>14</sup> relativamente à estrutura e prática de governo societário (vide artigo 54.º do RJSPE), através da identificação das medidas tomadas no âmbito dessas orientações. Para cada recomendação<sup>15</sup> deverá ser incluída:
  - a) Informação que permita aferir o cumprimento da recomendação ou remissão para o ponto do relatório onde a questão é desenvolvida (capítulo, subcapítulo, secção e página);
  - b) Em caso de não cumprimento ou cumprimento parcial, justificação para essa ocorrência e identificação de eventual mecanismo alternativo adotado pela empresa para efeitos de prossecução do mesmo objetivo da recomendação.

Informação recebida da UTAM (24/1/22) teve por base o Relatório do Governo Societário de 2022 mencionando na sua maioria hiperligações inválidas; referencias ao Plano de Igualdade e PGRCIC sem publicação.

Informação recebida da UTAM (24/9/17) teve por base o Relatório do Governo Societário de 2023 referenciando o Plano de Igualdade e PGRCIC sem publicação.

Estas recomendações encontram-se em fase de implementação.

3. Outras informações: a empresa deverá fornecer quaisquer elementos ou informações adicionais que, não se encontrando vertidas nos pontos anteriores, sejam relevantes para a compreensão do modelo e das práticas de governo adotadas.

A ULSSM publica na sua intranet e no seu site de internet o Relatório e Contas e o Relatório do Governo Societário, na íntegra.

<sup>14</sup> Reporta-se também às recomendações que possam ter sido veiculadas a coberto de relatórios de análise da UTAM incidindo sobre Relatório de Governo Societário do exercício anterior.

<sup>15</sup> A informação poderá ser apresentada sob a forma de tabela com um mínimo de quatro colunas: "Referência"; "Recomendação"; "Aferição do Cumprimento"; e "Justificação e mecanismos alternativos".

## XI. ANEXOS DO RGS

***Anexo 1. Justificação dos desvios aos objetivos CP 2024***

***Anexo 2. Elementos curriculares dos membros do Conselho de Administração***

***Anexo 3. Elementos curriculares dos membros do Conselho Fiscal***

***Anexo 4. Distribuição de responsabilidades de tutela de Órgãos, Departamentos, Serviços, Gabinetes e Áreas dos membros do Conselho de Administração.***

***Anexo 5. Declarações a que se refere o artigo 52.º do RJSPE.***

***Anexo 6. Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o n.º2 do artigo 54.º do RJSPE.***

***Anexo 7. Extrato da Ata da Reunião de Conselho de Administração com a aprovação e ratificação, do Relatório e Contas e Relatório do Governo Societário de 2023.***

***Anexo 8. Demonstração não Financeira***

***Anexo 9. RGS – Quadro Síntese***

## **Anexo 1**

### **Justificação dos desvios aos objetivos CP 2024**

**UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA**  
**DEMONSTRAÇÃO DOS RESULTADOS POR NATUREZA**

RENDIMENTOS E GASTOS	Acumulado ano 2023	Acumulado ano 2024	Orçamento ano 2024*	Variação homóloga		Desvio-fase do Orçamento em %
				em valor	em %	
<b>Impostos, contribuições e taxas</b>	<b>1 037 110 €</b>	<b>780 134 €</b>	<b>1 200 000 €</b>	<b>-256 986 €</b>	<b>-24,8</b>	<b>-419 866 €</b> <b>-35,0</b>
Vendas	8 818 €	8 574 €	9 500 €	-244 €	-2,8	-526 € -9,7
Prestações de serviços e concessões	473 172 702 €	673 801 161 €	669 232 539 €	200 628 398 €	42,4	4 568 522 € 0,7
Transferências e subsídios correntes obtidos	57 410 138 €	5 567 834 €	2 200 000 €	-51 802 344 €	-90,3	5 367 834 € 155,1
Variações nos inventários da produção						
Trabalhos para a própria entidade	1 583 001 €	1 642 538 €	1 800 000 €	59 477 €	3,8	-157 462 € -8,7
Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	-250 656 911 €	-281 525 433 €	-292 020 106 €	-30 824 512 €	12,3	10 456 673 € -3,6
Fornecimentos e serviços externos	-78 699 304 €	-167 261 187 €	-166 127 694 €	-88 561 883 €	112,5	-1 153 493 € 0,7
Gastos com o pessoal	-269 841 135 €	-358 545 587 €	-347 937 344 €	-68 504 492 €	25,4	9 591 777 € -2,2
Transferências e subvenções concedidas						
Prestações sociais						
Imparidade de inventários (em termos líquidos: perdas/reversões)						
Imparidade de dívidas a receber (em termos líquidos: perdas/reversões)	102 058 €	-109 646 €	-211 714 €	-207,4	-109 646 €	
Provisões (em termos líquidos: aumentos/reduções)	-450 952 €	-505 547 €	-300 000 €	-54 596 €	12,1	-205 547 € 68,5
Imparidade de investimentos não depreciáveis/amortizáveis (em termos líquidos: perdas/reversões)						
Aumentos/reduções de justo valor						
Outros rendimentos e ganhos	18 601 296 €	8 250 133 €	5 800 000 €	-10 351 103 €	-55,6	2 450 133 € 42,2
Outros gastos e perdas	-3 228 932 €	-2 304 113 €	-1 001 819 €	924 819 €	-28,6	-1 302 294 € 130,0
<b>Resultados unitários de exploração e gastos de finanças</b>	<b>151 003 939 €</b>	<b>-99 599 120 €</b>	<b>-127 144 824 €</b>	<b>-48 925 121 €</b>	<b>98,1</b>	<b>27 145 704 €</b> <b>-71,4</b>
Gastos/reversões de depreciação e amortização	-11 581 732 €	-11 414 240 €	-12 800 000 €	-32 448 €	0,3	1 385 760 € -10,8
Imparidade de investimentos depreciáveis/amortizáveis (perdas/reversões)						
<b>Resultado operacional (antes de juros de finançamento)</b>	<b>-62 385 791 €</b>	<b>111 413 380 €</b>	<b>-139 514 824 €</b>	<b>-49 027 509 €</b>	<b>78,0</b>	<b>26 531 404 €</b> <b>-70,4</b>
Juros e rendimentos similares obtidos	9 400 €	2 390 €	5 000 €	-1 011 €	-29,7	-2 610 € -52,2
Juros e ganhos similares suportados	-29 837 €	-12 761 €	-30 000 €	17 136 €	-57,3	17 239 € -57,5
<b>Resultado unitário de impostos</b>	<b>-62 412 268 €</b>	<b>-111 413 733 €</b>	<b>-139 513 824 €</b>	<b>-49 031 443 €</b>	<b>78,5</b>	<b>26 546 093 €</b> <b>-70,4</b>
<b>Imposto sobre o rendimento</b>	<b>-33 000 €</b>	<b>-33 000 €</b>				<b>-35 000 €</b>
<b>Resultado líquido do período</b>	<b>-62 445 268 €</b>	<b>-111 413 456 €</b>	<b>-139 505 824 €</b>	<b>-49 031 443 €</b>	<b>78,5</b>	<b>26 513 093 €</b> <b>-70,4</b>
<b>Variação dos Gastos relevantes para EBITDA</b>	<b>-602 919 243 €</b>	<b>-789 939 848 €</b>	<b>-807 286 963 €</b>	<b>-187 020 605 €</b>	<b>31,0</b>	<b>17 652 563 €</b> <b>-2,2</b>
<b>Variação dos rendimentos relevantes para EBITDA</b>	<b>551 915 244 €</b>	<b>689 940 728 €</b>	<b>680 242 539 €</b>	<b>-158 025 484 €</b>	<b>25,0</b>	<b>9 493 591 €</b> <b>1,4</b>
<b>EBITDA</b>	<b>51 003 936 931 €</b>	<b>-95 993 119,14 €</b>	<b>-127 144 824,00 €</b>	<b>-48 993 110,65 €</b>	<b>96,1</b>	<b>27 145 704,16 €</b> <b>-23,4</b>

\* de acordo com a demonstração de resultados submetida no SICA no dia 28/02/25 para elaboração da adenda no Contrato Programa de 29/01/25

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA, E.P.E.

## **Anexo 2**

### **Elementos Curriculares dos membros do Conselho de Administração**

**Presidente CA – Ana Paula Mecheiro de Almeida Martins Silvestre Correia**

Formação académica e profissional: Licenciatura em Ciências Farmacêuticas (90) pela Faculdade Farmácia da UL; Mestre em Epidemiologia pela FCM – UNL (95); Doutorada em Farmácia Clínica pela FF – UL (05); Postgraduation Diploma in Professional Development on Pharmacoepidemiology and Pharmacovigilance na London Scholl of Hygiene and Tropical Medicine (20-22).

**Funções e Cargos Desempenhados:**

- Professora Auxiliar, Faculdade Farmácia – UL (até agosto 22);
- Membro do Conselho Coordenação IMED - UL
- Membro Conselho e Subdiretora Faculdade Farmácia – UL (18-19/ (20-21))
- Coordenadora da Unidade de Farmacovigilância de Lisboa, Setúbal e Santarém (15-21)
- Presidente do Instituto de Saúde Baseada na Evidência (ISBE) - (19-21)
- Secretaria Técnica da Ordem Farmacêuticos (90-92)
- Adjunta do Ministro-adjunto dos Assuntos Parlamentares (92-93)
- Adjunta do Ministro de Educação (93-94)
- Diretora da Associação Nacional das Farmácias (94-06)
- Membro do Board da MSD (06-14);
- Membro do Board da Gilead Sciences (21-22)
- Membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (21)
- Bastonária da Ordem dos Farmacêuticos (16-22);

**Outras atividades relevantes:**

Professora convidada para diversos cursos na Nova Medical Schools, Escola Nacional de Saúde Pública, Faculdades de Medicina da UNL e UP. Professora Catedrática convidada Universidade Europeia. Membro da task force para avaliação de tecnologias da saúde (08-14) em representação da Apifarma. Medalha de honra do Ministério da Saúde em 2019.

**Vogal do CA (Diretor Clínico) – Rui António Rocha Tato Marinho**

Formação académica e profissional: Licenciatura em Medicina, FCM – UNL (82). G Gastrenterologista, subespecialidade em hepatologia desde 2005 e competência em Adictologia Clínica, pela Ordem dos Médicos. Doutoramento com o tema «Imunidade Celular T na Patogénese da Infeção Crónica pelo Vírus da Hepatite C: Contribuição para o Desenvolvimento de uma Vacina». Formação em competências transversais (gestão em saúde, comunicação, inteligência emocional e estatística) tidas como prioritárias e complementares à atividade médica e académica, media-training, más notícias, coaching, qualidade, auditoria, estatística, farmacoeconomia, gestão de conflitos e do stress, liderança e gestão de si próprio, proteção de dados, ensaios clínicos, gestão de tempo.

Funções e Cargos Desempenhados:

- Professor associado com agregação, FMUL – (87...).
- Diretor do serviço de gastrenterologia e hepatologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, desde 2018. Assistente graduado sénior da carreira hospitalar, desde 2022.;
- Regente das cadeiras de Hepatologia, Profissionalismo e Introdução à Clínica da FMUL;
- Diretor do Centro de Medicina Paliativa e membro do conselho pedagógico da FMUL.
- Diretor do Programa Nacional para as Hepatites Virais da Direção-Geral da Saúde, desde 2021;
- Presidente da Comissão Nacional dos Centros de Referência, desde 2022;
- Membro da Comissão Nacional das Urgências Metropolitanas, desde 2022;
- Membro eleito do conselho geral da Universidade de Lisboa;
- Membro do Colégio de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos, de 2021 a 2024. Membro da Prova Nacional de Acesso (Ordem dos Médicos);
- Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, ( 2019 e 2021), da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado,( 2007 e 2009), da Comissão Jurídica da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, (2019 e 2021), do Colégio de Hepatologia da Ordem dos Médicos, (2003 e 2005);
- Coordenador no Infarmed do Grupo de Aconselhamento para a Terapêutica da Hepatite C, durante cerca de um ano, entre 2014 e 2015. Editor-chefe do GE — Portuguese Journal of Gas-troenterology, entre 2009 e 2011, e da AMP-Acta Médica Portuguesa, publicada pela Ordem dos Médicos, entre 2011 e 2016;

- Colaborador no Centro de Investigação em Direito Penal e Ciências Criminais, da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa

Outras atividades relevantes:

Colaboração com a Assembleia da República, nas áreas dos acidentes de viação e álcool, da hepatite C e da saúde digestiva, entre 2004 e 2019;

Investigador principal de 17 ensaios clínicos, na área da hepatite C e carcinoma hepatocelular. Intervenção social: colaboração com várias entidades não-governamentais na área das hepatites víricas e consumo de drogas (Ares do Pinhal, Crescer, GAT, Comunidade Vida e Paz, etc.) para a eliminação da hepatite C. Colaboração com o Estabelecimento Prisional de Lisboa no tratamento de reclusos com hepatites víricas.

Moderação de 213 reuniões científicas. Organização de 49 reuniões científicas, incluindo quatro Congressos Nacionais de Gastroenterologia e Hepatologia. 736 Comunicações orais, palestras, conferências. 135 Publicações em revistas indexadas a nível internacional, incluindo New England Journal of Medicine, Lancet Gastroenterology, Annals of Oncology, World Journal of Gastroenterology.

Medalha de Mérito da Ordem dos Médicos, em 2015. Prémio — 1.ª Menção Honrosa Health- care Excellence da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares;

#### **Vogal Executivo – André Filipe de Sousa da Trindade Ferreira**

Formação académica e profissional: Pós-graduação em banca, regulação financeira e supervisão, no contexto do International Masters in Finance Program, na Nova School of Business and Economics, em 2017. Mestrado em Economia e Gestão da Ciência, Tecnologia e Inovação, no ISEG Lisbon School of Economics & Management, em 2006; Licenciatura em Economia, no ISEG Lisbon School of Economics & Management, em 2004. Change Management Program, no IDEFE-ISEG, de novembro de 2020 a fevereiro de 2021. Análise Estratégica, Geoeconomia e Prospetiva (3.ª edição), no Instituto de Defesa Nacional (IDN), em 2017; International Visitor Leadership Program — The Contemporary U. S. Economy: Financial Markets, Trade and Economic Development,

a convite da Embaixada dos EUA em Lisboa e por seleção do Departamento de Estado dos EUA, em fevereiro de 2016.

Funções e Cargos Desempenhados:

- Economista, na Câmara Municipal de Lisboa – (22....)
- Técnico especialista, no Gabinete da Secretaria de Estado da Justiça do XXII Governo Constitucional (21-22);
- Economista, na Direção de Estratégia e Desenvolvimento Organizacional, de assessoria direta ao conselho de administração do Banco de Portugal (15-21)
- Adjunto, no Gabinete do Ministro da Saúde do XIX Governo Constitucional (11-15)
- Economista, no Departamento de Estatística do Banco de Portugal (09-11:);
- Gestor de produto, na Direção de Marketing Particulares, da Vodafone Portugal (07-09);
- Analista de negócio na unidade de negócio de Longo Curso da CP-Comboios de Portugal (07-09);
- Bolseiro de investigação científica da FCT, no Centro de Investigação sobre Economia Portuguesa (CISEP-ISEG/UTL) (05-06);
- Assistente de investigação, no CISEP-ISEG/UTL (04-05);

Outras atividades:

Apresentação do módulo Financiamento do Sistema de Saúde, na disciplina de Políticas da Saúde, da licenciatura em Ciências da Nutrição, NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, (dezembro de 2022); Apresentação do módulo sobre Financiamento na Saúde, na pós-graduação em Políticas, Administração e Avaliação em Saúde — 2.ª edição, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, (março de 2022);

Apresentação do módulo sobre Financiamento na Saúde, na pós-graduação em Políticas, Administração e Avaliação em Saúde — 1.ª edição (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto), (junho de 2021);

Membro da comissão de sustentabilidade e equidade do Health Parliament Portugal (2.ª edição), (janeiro a junho de 2020).

### **Vogal Executivo – Catarina Duarte Galhardo Baptista**

Formação académica e profissional: diplomada no XLII Curso de Especialização em Administração Hospitalar. É doutorada em Biologia Molecular pela Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. É pós-graduada em Digital Health — Executive Course, com a especialização em Strategic Leadership on Innovation da NOVA IMS e da Escola Nacional de Saúde Pública, e em Monitorização de Ensaios Clínicos pela Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde.

#### **Funções e Cargos Desempenhados:**

- Foi assessora do presidente do conselho de administração e vogal da Unidade de Gestão Integrada dos Serviços de Anestesiologia, Medicina Intensiva, Urgência e Emergência Médica do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho, E. P. E. (CHVNGE).
- Foi vogal do conselho de administração do Hospital Cruz Vermelha, diretora de Operações e diretora de Produção
- Vice-presidente da direção da APAH
- Vogal da direção da Associação Nova Saúde Pública

#### **Outras atividades:**

Com uma carreira de mais de 15 anos em investigação fundamental e biomédica, desempenhou funções em centros de investigação nacionais e internacionais e é autora de artigos em revistas científicas indexadas. Tem desenvolvido atividade docente em várias instituições de ensino superior, incluindo a orientação de alunos de mestrado, projetos de investigação e arguição de teses.

Trabalhou como consultora para projetos de gestão do desperdício e melhoria contínua de serviços de saúde em hospitais. Colabora com a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), desde 2017, como coordenadora do Grupo de Trabalho de Investigação em Saúde, e entre 2019 e 2022 como vogal da direção. Fez parte da coordenação editorial da Revista de Gestão Hospitalar. Acompanha e é consultora de vários projetos, participa no Grupo de Trabalho de Investigação em Saúde e no steering committee das Bolsas Mais Valor em Saúde, para a promoção de VBHC no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Acompanha os projetos de propostas de financiamento de terapias celulares e de financiamento baseado no valor e integrou a equipa

consultiva do piloto Beyond 1 Million Genomes Maturity Level Model liderado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I. P. (INSA).

#### **Vogal do CA (Enfermeiro Diretor) - Jose Alexandre dos Santos Abrantes**

Formação académica e profissional: enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, com bacharelato pela Escola de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa e licenciatura pela Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende. Possui competência avançada em gestão e diferenciada em emergência extra-hospitalar atribuída pela Ordem dos Enfermeiros.

Funções e Cargos Desempenhados:

- Enfermeiro gestor do serviço de medicina intensiva — UNEICII, coordenador da viatura médica de emergência e reanimação do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E. P. E. (CHULN),
- Coordenador da equipa ECMO (oxigenação por membrana extracorporeal) e DCP/ECPR
- Diretor do heliporto do CHULN-Hospital de Santa Maria.
- Exerce funções como enfermeiro chefe/gestor há 21 anos tendo gerido no serviço de ortopedia: enfermaria homens, SO e consulta externa; bloco operatório central e serviço de medicina intensiva — Centro de Referência ECMO (oxigenação por membrana extracorporeal).
- Formador INEM, CPR/ERC (SBV-DAE, SIV e SAV dos quais também é diretor de curso), AHA (ACLS), ITLS, ATDC, BASIC e MRMI.

Outras atividades:

Elemento da task force para ampliação dos cuidados intensivos no CHULN no âmbito da pandemia de COVID-19. Participação de organizações científicas como a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), tendo colaborado em vários eventos científicos como organizador, comissão científica, moderador e preleitor.

Colaborador em várias instituições principalmente em pós-graduações e mestrados como por exemplo a Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (ESS- CVP), Universidade Católica Portuguesa (UCP), Instituto Superior de Ciências da Informação e da Administração (ISCIA).

Membro do conselho diretivo da Ordem dos Enfermeiros, Secção Regional do Sul, tendo sido representante em vários grupos de trabalho como: Grupo de Trabalho para a Reestruturação do CODU — Centro de Orientação de Doentes Urgentes; Grupo de Trabalho em apoio à Unidade de Instalações e Equipamentos da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), para a definição das recomendações técnicas. Participante no Grupo de Trabalho, no âmbito do Departamento de Qualidade da Direção-Geral da Saúde, indigitado para a atualização e definição do Protocolo Nacional de TCE — Traumatismos Craneoencefálicos; Grupo de Trabalho para o estudo de modelos organizativos do serviço de urgência.

Publicações: Enfermeiro de Cuidados Intensivos — Mundo Médico, n.º 5 de julho/agosto 1999, p. 82-83; Colaboração no livro «Gestão e Organização em Medicina Intensiva» — Rui Moreno ISBN972-733-067-3; «Como ensinar SBV a surdos-mudos — a nossa experiência» — poster apresentado na ERC em Florença, em 2002, e abstract publicado no Ressuscitation, vol. 5 de outubro de 2002, p. 94.

#### **Presidente CA – Carlos José das Neves Martins**

Formação académica e profissional: Licenciatura em Relações Internacionais e especializou-se em Assuntos Económicos e Políticos, na Universidade do Minho, onde desempenhou vários cargos representativos do corpo discente e foi Presidente da Associação Académica.

#### **Funções e Cargos Desempenhados:**

- Responsável pela organização e implementação dos Serviços Sociais do Instituto Politécnico de Faro;
- Diretor Regional do Algarve e Presidente do Instituto da Juventude entre 1989 a 1991;
- Presidente da Administração Regional de Saúde do Algarve;
- Vogal do Conselho Regional de Turismo do Algarve entre 1994 a 1996;
- Coordenador do Departamento de Relações externas da Universidade do Algarve entre 1996 a 1999;
- Eleito Deputado para a Assembleia da República pelo Círculo Eleitoral do Algarve entre 1999 a 2001 – *Funções que suspendeu no período de 2002 a 2005 devido aos cargos exercidos nos XV e XVI Governos Constitucionais, como Secretário de Estado da Saúde e Secretário de Estado Adjunto do Ministro do Turismo, respetivamente;*
- Assessor do Quadro na Universidade do Algarve em 2005;

- Prestação de serviços de consultoria internacional e o início da sua própria atividade empresarial entre 2005 a 2012 – Cargos de administração e gestão em várias holdings e empresas, a nível nacional e internacional;
- Assessor do Ministro da Saúde para as áreas das Relações Internacionais e de Cooperação e Projetos Estratégicos Interministeriais entre maio de 2012 a fevereiro de 2013;
- Presidente do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte entre fevereiro de 2013 a maio de 2019;
- Presidente do Centro Académico de Medicina de Lisboa de março de 2013 a abril de 2016;
- Vogal do seu Conselho Diretivo até maio 2019;
- Presidente do Conselho Consultivo do Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica da Universidade do Algarve;

**Outras atividades relevantes:**

Professor Convidado do Curso de Pós-Graduação em Gestão da Saúde na Universidade Europeia entre 2017 e 2019, foi professor Associado Convidado no Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina da Universidade do Algarve, foi Professor Auxiliar Convidado no Mestrado Integrado de Engenharia Biomédica na Faculdade de Engenharia da Universidade Lusófona e de 2018 a 2020 foi Diretor do Curso de Pós Graduação em Gestão Hospitalar da Business & Economic School do Instituto Superior de Gestão da Universidade Lusófona.

De 2019 a 2023 foi Consultor Séniior em diversas empresas nacionais e internacionais, acumulando esta atividade com a de Diretor-Geral de uma empresa nacional, no período de fevereiro de 2022 a dezembro de 2023.

Foi diversas vezes agraciado publicamente, designadamente em 1987 com um Louvor do Comandante do Regimento de Artilharia de Leiria pelos seus serviços como Oficial Miliciano de Artilharia, em 2020 com um Louvor do Reitor da Universidade do Algarve publicada em Jornal Oficial, em 2003 com o Prémio de “Reconhecimento e Mérito no Desenvolvimento e Promoção do Algarve”, em 2008 com a Medalha de Ouro de Mérito Municipal pela Câmara Municipal de Portimão, em 2009 com um Louvor de reconhecimento do Conselho das Câmaras de Comércio Portuguesas no Brasil “Pela sua relevante ação económica e pelo seu contributo para a promoção da amizade e dos negócios internacionais na língua portuguesa” e em 2017 com o Prémio “Inovação na Saúde” pela Fundação Professor Fernando de Pádua.

**Vogal do CA (Diretor Clínico para a área dos cuidados de saúde hospitalares) – Rui António Rocha Tato Marinho**

Formação académica e profissional: Licenciatura em Medicina, FCM – UNL (82). G Gastrenterologista, subespecialidade em hepatologia desde 2005 e competência em Adictologia Clínica, pela Ordem dos Médicos. Doutoramento com o tema «Imunidade Celular T na Patogénese da Infeção Crónica pelo Vírus da Hepatite C: Contribuição para o Desenvolvimento de uma Vacina». Formação em competências transversais (gestão em saúde, comunicação, inteligência emocional e estatística) tidas como prioritárias e complementares à atividade médica e académica, media-training, más notícias, coaching, qualidade, auditoria, estatística, farmacoeconomia, gestão de conflitos e do stress, liderança e gestão de si próprio, proteção de dados, ensaios clínicos, gestão de tempo.

**Funções e Cargos Desempenhados:**

- Professor associado com agregação, FMUL – (87...).
- Diretor do serviço de gastrenterologia e hepatologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, desde 2018. Assistente graduado sénior da carreira hospitalar, desde 2022.;
- Regente das cadeiras de Hepatologia, Profissionalismo e Introdução à Clínica da FMUL;
- Diretor do Centro de Medicina Paliativa e membro do conselho pedagógico da FMUL.
- Diretor do Programa Nacional para as Hepatites Virais da Direção-Geral da Saúde, desde 2021;
- Presidente da Comissão Nacional dos Centros de Referência, desde 2022;
- Membro da Comissão Nacional das Urgências Metropolitanas, desde 2022;
- Membro eleito do conselho geral da Universidade de Lisboa;
- Membro do Colégio de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos, de 2021 a 2024. Membro da Prova Nacional de Acesso (Ordem dos Médicos);
- Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, ( 2019 e 2021), da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado,( 2007 e 2009), da Comissão Jurídica da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, (2019 e 2021), do Colégio de Hepatologia da Ordem dos Médicos, (2003 e 2005);
- Coordenador no Infarmed do Grupo de Aconselhamento para a Terapêutica da Hepatite C, durante cerca de um ano, entre 2014 e 2015. Editor-chefe do GE — Portuguese Journal of Gas- troenterology,

entre 2009 e 2011, e da AMP-Acta Médica Portuguesa, publicada pela Ordem dos Médicos, entre 2011 e 2016;

- Colaborador no Centro de Investigação em Direito Penal e Ciências Criminais, da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa

Outras atividades relevantes:

Colaboração com a Assembleia da República, nas áreas dos acidentes de viação e álcool, da hepatite C e da saúde digestiva, entre 2004 e 2019;

Investigador principal de 17 ensaios clínicos, na área da hepatite C e carcinoma hepatocelular. Intervenção social: colaboração com várias entidades não-governamentais na área das hepatites víricas e consumo de drogas (Ares do Pinhal, Crescer, GAT, Comunidade Vida e Paz, etc.) para a eliminação da hepatite C. Colaboração com o Estabelecimento Prisional de Lisboa no tratamento de reclusos com hepatites víricas.

Moderação de 213 reuniões científicas. Organização de 49 reuniões científicas, incluindo quatro Congressos Nacionais de Gastroenterologia e Hepatologia. 736 Comunicações orais, palestras, conferências. 135 Publicações em revistas indexadas a nível internacional, incluindo New England Journal of Medicine, Lancet Gastroenterology, Annals of Oncology, World Journal of Gastroenterology.

Medalha de Mérito da Ordem dos Médicos, em 2015. Prémio — 1.ª Menção Honrosa Health- care Excellence da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares;

**Vogal do CA (Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde primários) – Eunice Isabel do Nascimento Carrapiço**

Formação académica e profissional: Licenciatura em Medicina, FMUL 2007). Realizou o Executive Master em Gestão de Serviços de Saúde e parte curricular do Curso de Doutoramento em Saúde Pública – especialidade em Política, Gestão e Administração Saúde. Obteve a competência de Gestão de Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos em 2021. Estágio Internacional no setor de cuidados primários no Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre Brasil (2011).

**Funções e Cargos Desempenhados:**

- Médica de família UCSP São João Estoril – cofundadora e dinamizadora do conselho técnico desta USF (2013-2016);
- Atividades de formação durante o Internato Médico da especialidade ;
- Orientadora da formação de especialidade de MGF (2014-2017);
- Revisora científica da Revista Portuguesa de MGF;
- Diretora executiva do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte (2023-2023)

**Outras atividades relevantes:**

Realização de missa humanitária na Guiné Bissau em 2017:

Coordenadora da Equipa Regional de Apoio ao Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários da ARSLVT (2016-2020) impulsionando projetos inovadores em estreita colaboração com todos os conselhos clínicos e de saúde desde 2016. Coordenadora Regional dos Programas de Rastreio de base populacional na ARSLVT (2017-2020), oncológicos, retinopatia diabética e visual infantil, aproximando as equipas dos centros de saúde e os cuidados hospitalares do SNS.

Integrou vários grupos de trabalho, salientando a Comissão Nacional do Trauma (2017); Comissão Técnica Nacional (2017-2019); Grupo para a elaboração do Plano Regional das Demências para a Região de Saúde LVT(2019); Grupo para o Desenvolvimento das Unidades de Cuidados na Comunidade e Grupo Técnico de Apoio à revisão do modelo de organização e funcionamento das USF(2021-2022).

**Vogal Executivo – Miguel Jorge de Figueiredo Carpinteiro**

Formação académica e profissional: Bacharelato Gestão Hoteleira (1995); Licenciatura em Gestão Turística e Hoteleira (1998); Curso de Administração Hospitalar (2001); Mestrado em Gestão (2002).

**Funções e Cargos Desempenhados:**

- Administrador Hospitalar do CHULN (2022-2023);
- Vogal Executivo do Centro Hospitalar de Setúbal (2016-2022);
- Vogal Executivo do Centro Hospitalar do Oeste (2012-2016)

- Vogal Executivo do Centro Hospitalar Oeste Norte (2010-2012)
- Administrador Hospitalar do Hospital de Santa Maria (2003-2010);
- Administrador Hospitalar de São Bernardo (2001-2003);
- Consultor e Assessor em diversos cargos (1994 - 2001)

Outras atividades relevantes:

Realização de estágio de Administração Hospitalar (Hospital S. José) em 2001, frequentou diversos cursos seminários destacando-se Seminário de Alta Direcão INA (2005); Programa Alta Direção Instituições Saúde PADIS (AESE, 2006).

#### **Vogal Executivo – Francisco Alvelos de Sousa Matoso**

Formação académica e profissional: Licenciado em Direito pela Faculdade Direito de Lisboa (1983); Pós Graduação e Administração Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública (1987).

Funções e Cargos Desempenhados:

- Assessor do Conselho de Administração do CHULN (2022-2023);
- Vogal do Conselho de Administração do CHLC (2013-2016);
- Assessor do Conselho de Administração do CHULN (2012-2013)
- Presidente do Conselho de Administração do IPO Lisboa (2009-2012)
- Vogal do Conselho de Administração do IPO Lisboa (2005-2009);
- Administrador Hospitalar Hospital Santa Maria; Lisboa Central e Hospital Pulido Valente (1987-2007);
- Adjunto Gabinete SEAS (1987 – 1992)

Outras atividades relevantes:

Foi desde 1999 até 2001 Coordenador Nacional do Programa de Intercambio para Profissionais da Saúde HOPE. Membro da Direção da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar APDH desde a sua fundação

até abril 2002. Como membro desta associação representa Portugal no Comité de Liaison Officers da Federação Europeia dos Hospitais.

#### **Vogal do CA (Enfermeira Diretora) – Carla Cristina de Matos Apolinário Martins Ribeiro**

Formação académica e profissional: licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende e especialista em Enfermagem de Reabilitação pela Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa. Possui Pós Graduação em Geriatria pela ESEL; formação em Lean com frequência do PDLS pela Academia Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares; Pós Graduação em Governação de Saúde pela ENSP; Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde PADIS, pela AESE Business School.

#### **Funções e Cargos Desempenhados:**

- Enfermeira adjunta do Enfermeiro Diretor do CHULN desde 2017 com funções de supervisão das áreas cirúrgicas.
- Membro atual de diferentes Comissões e Grupos de Trabalho Institucionais;
- Membro atual da equipa coordenadora local do Inquérito de Prevalência do Ponto Europeu 2017.

#### **Outras atividades relevantes**

Autoavaliadora no processo de acreditação do Departamento de Cirurgia CHULN. Participação em vários eventos científicos como moderadora, preletrora, comissão organizadora e científica.

Colabora enquanto docente convidada, com diferentes instituições académica, principalmente em pos graduações e mestrados.

Foi lhe atribuída competência Acrescida Avançada em Gestão atribuída pela Ordem dos Enfermeiros.

## **Anexo 3**

### **Elementos curriculares dos membros do Conselho Fiscal**

**Vogal efetivo do Conselho Fiscal: Carla Sofia Reis Santos**

**Habilidades Académicas:**

Licenciada em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa (1992), pós-graduada em Estudos Europeus pelo Instituto Europeu da mesma Universidade (1995) e em Gestão e Controlo Financeiro e Orçamental pela Universidade Nova de Lisboa (2018).

Exerce atualmente o cargo de Inspetora de Finanças Diretora na IGF – Autoridade de Auditoria, organismo onde ingressou em março de 1996 na carreira de Inspeção, sendo responsável pela direção operacional de projetos na área da contratação pública e do controlo financeiro e orçamental.

Docente convidada da NOVA Information Management School (NOVA IMS) – Universidade Nova de Lisboa (desde 2017). Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte (desde novembro de 2017). Formadora na área da contratação pública no INA e em diversos organismos públicos. Vogal do Conselho de Administração da SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (agosto de 2011 a fevereiro de 2014). Assistente convidada do Instituto Superior de Educação e Ciências (ISEC), de 2007 a 2011. Diretora de Serviços Jurídicos e de Contencioso da Inspeção-Geral das Atividades Culturais (fevereiro de 2010 a agosto de 2011). Subdiretora-Geral do Instituto Geográfico Português (junho de 2006 a janeiro de 2010). Diretora de Serviços de Monitorização Ambiental da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo (fevereiro a junho de 2006). Vice-Presidente do Serviço Nacional de Bombeiros e Proteção Civil (dezembro de 2004 a fevereiro de 2006). Assessora do Gabinete de Sua Excelência o Ministro da Administração Interna (abril de 2003 a dezembro de 2004). Advogada (outubro de 1992 a março de 1996)

**Cargos exercidos em simultâneo**

Nome	Outros cargos ou funções
Carla Sofia Reis Santos	Inspectora de Finanças Diretora no IGF – Autoridade de Auditoria Docente convidada da NOVA Information Management School da Universidade Nova de Lisboa

**Presidente do Conselho Fiscal:** Marlene Lopes Fernandes

Habilidades académicas:

Licenciada em Economia, Instituto Superior de Economia e Gestão (ISEG-UTL), grau obtido em 1992.

Mestre em Economia Monetária e Financeira, Instituto Superior de Economia e Gestão (ISEG – UTL), grau obtido em 1996.

Pós-graduação em Gestão e Controlo Financeiro e Orçamental, Nova IMS, Universidade Nova de Lisboa (2018).

Atividade profissional:

Inspectora da carreira especial de inspeção, da Inspeção-Geral de Finanças, desde março de 1996 até ao presente.

Funções atuais: Chefe de Equipa com direção de projetos, desde fevereiro de 2015.

Funções anteriores: Chefe de Equipa multidisciplinar, entre março de 2008 e janeiro de 2015.

Principais áreas de intervenção: inspeções e auditorias em municípios, freguesias, serviços municipalizados, empresas locais, empresas participadas, institutos públicos e direções-gerais, relacionadas com contratação pública, endividamento, recursos humanos, instrumentos de gestão, entre outras matérias; avaliação do desempenho de serviços e avaliação de intervenções públicas; participação na elaboração de pareceres referentes a diplomas legais.

Membro da equipa responsável pela elaboração dos instrumentos previsionais de gestão da IGF e documentos de prestação de contas.

Participação em projetos de cooperação em OECI-CPLP, Moçambique, Marrocos e Grécia.

Outras atividades relevantes

Formadora em ações sobre normas e referenciais de auditoria, empresas municipais e intermunicipais, avaliação de intervenções e serviços públicos e avaliação de programas e projetos e de serviços públicos.

Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, desde dezembro de 2017 até ao presente

Vogal não permanente suplente da CRESAP, desde 5 de novembro de 2022 até ao presente.

Perita da CRESAP, desde 20 de abril de 2019 até 4 de novembro de 2022;

Membro do júri dos concursos de jogos sociais da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa,(2015-2018)

Técnica Superior Economista na Direção-Geral da Contabilidade Pública (1995-1996)

Docente da cadeira de Economia Política do 2.º ano do Curso de Gestão de Empresas do Instituto Superior de Línguas e Administração (ISLA) nos anos letivos de 1993/94, 1994/95 e 1995/96.

Membro da Ordem dos Economistas.

Autora de artigos referentes à temática das finanças locais e sobre a avaliação do clima organizacional.

#### **Vogal efetivo – Dr. Paulo Jorge Rodrigues Mateus**

##### **Habilidades Académicas:**

Licenciatura em Contabilidade e Administração - ramo Administração Pública, pelo Instituto de Contabilidade e Administração de Lisboa, 2004;

Bacharelato em Contabilidade e Administração, pelo Instituto de Contabilidade e Administração de Lisboa, 2001.

Pós-graduação em Gestão Financeira no Setor Público, pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, 2024.

##### **Atividade Profissional:**

01-03-2013 até à presente data - Técnico Superior da Direção-Geral do Tesouro e Finanças, a desempenhar funções na Direção de Serviços de Participações do Estado;

01-08-2010 a 28-02-2013 - Técnico Superior da Direção-Geral do Tesouro e Finanças, com funções na Direção de Serviços de Gestão de Recursos - Divisão de Gestão de Recursos Humanos e Financeiros, na área da Gestão Orçamental, Contabilidade e Prestação de Contas;

01-03-2005 a 31-07-2010 - Técnico Superior da Direção Regional de Agricultura e Pescas de Lisboa e Vale do Tejo, com funções na Direção de Serviços de Gestão de Recursos - Divisão de Gestão Financeira.

Desde novembro de 2019 - Vogal do Conselho Fiscal da Entidade Nacional para o Setor Energético, E.P.E.;

Desde julho de 2018 - Secretário da Mesa da Assembleia-Geral da Silopor - Empresa de Silos Portuários, S.A.;

##### **Outras atividades relevantes**

Técnico Oficial de Contas - Cédula profissional de inscrição na OTOC n.º 66764;

Desde 2015 - Representante do Estado em diversas Assembleias-Gerais de Empresas do Setor Empresarial do Estado.

**Vogal suplente - Patrícia Isabel Silvestre Ataíde**

**Formação Académica e Profissional:**

Curso de Especialização em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), 2002-2004  
Licenciatura em Gestão de Recursos Humanos, 2001

**Atividade Profissional:**

15-01-2024 até à presente data – Administradora da Área Cirúrgica e Serviço de Patologia Clínica, da Unidade Local de Saúde Almada-Seixal, EPE;  
24-08-2022 a 14-01-2024– Vogal do Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta, EPE;  
05-04-2019 a 23-08-2022– Vogal do Conselho de Administração da ULS do Baixo Alentejo, EPE;  
10-03-2016 a 04-04-2019 -Administradora da Área Cirúrgica do Hospital Garcia de Orta, EPE;  
19-07-2013 a 09-03-2016 -Vogal do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Algarve, EPE;  
24-02-2012 a 18-07-2013- Vogal do Conselho de Administração do C.H. do Barlavento Algarvio, EPE;  
01-08-2010 a 23-02-2012- Administradora do Serviço de Gestão de Compras e Logística do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE  
06-08-2009 a 31-07-2010- Coordenadora de Assessoria Especializada do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP;  
15-04-2009 a 05-08-2009- Diretora do Departamento de Gestão e Administração Geral da ARSLVT, IP, em regime de substituição;  
01-06-2007 a 14-04-2009- Coordenadora da Unidade de Administração Geral da ARSLVT, IP;  
01-03-2006 a 03-05-2007- Diretora do Serviço de Património e Aprovisionamento do HGO, EPE;  
01-03-2005 a 28-02-2006- Técnica Superior do Serviço de Património e Aprovisionamento do HGO EPE;  
08-07-2003 a 28-02-2005- Assistente Administrativa Principal - PECLEC-Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas, do Hospital Garcia de Orta, EPE;  
15-06-1996 a 07-07-2003- Assistente Administrativa do Serviço de Património e Aprovisionamento do Hospital Garcia de Orta, EPE.

**Cargos exercidos em simultâneo**

<b>Nome</b>	<b>Outros cargos ou funções</b>
Marlene Fernandes	<b>Chefe de equipa com direção de projetos na Inspeção-Geral de Finanças. Vogal do Conselho Fiscal da Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E</b>
Paulo Rodrigues Mateus	<b>Técnico Superior da Direção Geral do Tesouro e Finanças Vogal do Conselho Fiscal da Entidade Nacional para o Setor Energético EPE Secretário da Mesa da Assembleia Geral da Silopor - Emp Silos Portuários SA</b>

## **Anexo 4**

### **Distribuição de responsabilidades de tutela de Órgãos, Departamentos, Serviços, Gabinetes e Áreas dos membros do CA**

## DELIBERAÇÃO

**Determinação e distribuição de tutela interna de órgãos, departamentos, serviços, unidades, gabinetes e áreas aos membros do conselho de administração e suas delegações e subdelegações de competência**

I - O Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E. (CHULN), reunido a 03 de fevereiro de 2023, delibera, nos termos dos artigos 44º a 49º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado pelo Decreto-Lei nº 4/2015, de 7 de janeiro, na redação que lhe foi conferida pela Lei nº 72/2020, de 16 de novembro, de harmonia com o disposto nos artigos 71.º e 72.º do Decreto-Lei nº 52/2022, de 04 de agosto, que aprovou o estatuto dos hospitalais integrados no setor empresarial do Estado, aplicáveis ao Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E., por força do disposto no n.º 2 do artigo 1.º do Decreto-Lei nº 23/2008, de 8 de fevereiro, determinar a distribuição de tutela interna de órgãos, departamentos, serviços, unidades, gabinetes e áreas, aos membros, bem como delegar, e subdelegar, de entre os limites da Lei, com a faculdade de subdelegar:

1.

1.1. Na Presidente, Ana Paula Mecheiro de Almeida Martins Silvestre Correia

1.1.1. Área de Internacionalização e Cooperação.

1.1.2. Conselho Consultivo.

1.1.3. Centro Académico de Medicina de Lisboa.

1.1.4. Serviço de Auditoria Interna.

1.1.5. Gabinete de Comunicação e Relações Públicas.

1.1.6. Gabinete Jurídico.

1.1.7. Conselho Coordenador de Avaliação.

1.1.8. Serviço Social e Gabinete do Cidadão.

1.1.9. Parque de Saúde Pulido Valente.

INSTITUTO DE  
ADMINISTRAÇÃO

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

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

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

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

APN

**1.2. E, ainda:**

1.2.1. A coordenação genérica de todas as áreas e especificamente a direção, gestão e coordenação das áreas e pelouros que lhe estão afetos, incluindo a competência para:

1.2.1.1. Representar o CHULN, assim como estabelecer as ligações externas, ao seu nível, com outros serviços e organismos da Administração Pública e com outras entidades congéneres, nacionais, internacionais e estrangeiras, incluindo a assinatura de toda a correspondência com o exterior;

1.2.1.2. Ordenar e instauração de processos de inquérito, sindicâncias e disciplinares, sem prejuízo dos limites legais respeitantes às respetivas concussões e decisões.

**1.3. Relativamente às áreas e serviços sob a sua gestão:**

1.3.1. Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários;

1.3.2. Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevistas;

1.3.3. Autorizar a formação profissional, a realização de estágios, congressos ou iniciativas semelhantes, outorgando os respetivos instrumentos de execução;

1.3.4. Autorizar a participação de trabalhadores em júns de concursos noutras instituições.

**2.**

**2.1. No Vogal executivo e Diretor Clínico, Rui António Rocha Tato Marinho**

2.1.1. Direção Clínica.

2.1.2. Departamentos, serviços e unidades de ação médica, nas áreas de competência própria do diretor clínico.

2.1.3. Serviço de Dietética e Nutrição.

2.1.4. Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica (área clínica).

2.1.5. Serviço de Saúde Ocupacional.

- 2.1.6. Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica.
  - 2.1.7. Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo das Infecções e da Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA)
  - 2.1.8. Comissão de Coordenação Oncológica.
  - 2.1.9. Comissão Departamental.
  - 2.1.10. Comissão de Ética.
  - 2.1.11. Comissão de Farmácia e Terapêutica.
  - 2.1.12. Comissão de Harmonização e Boas Práticas.
  - 2.1.13. Comissão de Introdução e Análise de Reagentes Laboratoriais.
  - 2.1.14. Comissão técnica de certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez.
  - 2.1.15. Comissão Transfusional.
  - 2.1.16. Comissão de Qualidade e Segurança.
  - 2.1.17. Comissão Mista CHULN/FM da UL.
  - 2.1.18. Comissão de Catástrofe e Emergência Interna.
  - 2.1.19. Direção do Internato Médico.
  - 2.1.20. Gabinete de Apoio à Investigação Clínica.
  - 2.1.21. Gabinete de Gestão Clínica.
  - 2.1.22. Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica.
  - 2.1.23. Gabinete Coordenador de Colheitas e Transplantação.
  - 2.1.24. Gabinete de Risco.
  - 2.1.25. Centros de Referência.
  - 2.1.26. Centro de Investigação Clínica.
- 2.2. E, ainda:
- 2.2.1. As competências de gestão e coordenação das áreas clínicas, incluindo relativamente às carreiras médicas, técnicas superiores de saúde e técnicas superiores de diagnóstico e terapêutica, a de:
    - 2.2.1.1. Tomar conhecimento de todas as queixas dos utentes e determinar as ações adequadas à sua aferição e eventual prossecução;

- 2.2.1.2. Praticar todos os atos subsequentes à abertura de concursos, exceto a decisão de recursos hierárquicos e a homologação de listas classificativas;
- 2.2.1.3. Aprovar os horários de trabalho e respetivas alterações, nos termos dos anteriores definidos pelo Conselho de Administração;
- 2.2.1.4. Autorizar a prestação de serviço de urgência, em regime de prevenção e chamada, nos termos definidos no modelo organizativo aprovado pelo Conselho de Administração;
- 2.2.1.5. Autorizar a composição das equipas de urgência interna e externa, nos termos definidos no modelo aprovado pelo Conselho de Administração;
- 2.2.1.6. Autorizar a dispensa de prestação do serviço de urgência e a redução horária nos termos previstos na lei;
- 2.2.1.7. Autorizar a reafectação interna de profissionais mediante mobilidade entre as várias áreas;
- 2.2.1.8. Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevistas;
- 2.2.1.9. Autorizar a formação profissional, a realização de estágios, congressos ou iniciativas semelhantes, outorgando os respetivos instrumentos de execução, de harmonia com o Despacho ministerial n.º 6411/2016, de 29 de maio, publicado no DRE, 2.º, de 9 de junho;
- 2.2.1.10. Autorizar a participação de trabalhadores em júris de concursos noutras instituições;
- 2.2.1.11. Autorizar o acesso a dados clínicos e outros dados pessoais sensíveis, nos termos legalmente em vigor;
- 2.2.1.12. Homologar avaliações de desempenho nos termos da legislação aplicável;
- 2.2.1.13. Ordenar a destruição de documentos inseridos em processos de concursos;
- 2.2.1.14. Assinára a correspondência e expedição necessárias, no âmbito das competências acima delegadas;

CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel.: 217 805 000 - Fax: 217 805 010  
[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1760-001 LISBOA  
Tel.: 217 548 000 - Fax: 217 548 216  
[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

4

APM

2.2.1.15. Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, sobre queixas e reclamações apresentadas pelos utentes, de natureza assistencial.

3.

3.1. No Vogal executivo e Enfermeiro Diretor, José Alexandre dos Santos Abrantes

3.1.1. Direção de Enfermagem.

3.1.2. Departamentos, serviços e unidades de ação médica, nas áreas de competência própria.

3.1.3. Central de Esterilização.

3.1.4. Centro de Formação.

3.1.5. Gabinete de Segurança.

3.2. E, ainda:

3.2.1. As competências da gestão corrente no âmbito da enfermagem nas áreas clínicas, bem como as competências relativas à promoção de boas práticas, protocolos e melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, incluindo, relativamente aos profissionais da carreira de enfermagem e aos assistentes operacionais afetos às áreas clínicas, a relativa, a:

3.2.1.1. Praticar todos os atos subsequentes à abertura de concursos, exceto a decisão de recursos hierárquicos e à homologação de listas classificativas;

3.2.1.2. Aprovar os horários de trabalho e respetivas alterações, nos termos definidos pelo Conselho de Administração;

3.2.1.3. Autorizar a reafectação interna de profissionais mediante mobilidade entre as várias áreas;

3.2.1.4. Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevistas;

3.2.1.5. Autorizar a formação profissional, a realização de estágios, congressos ou iniciativas semelhantes, outorgando os respetivos instrumentos de execução, de

CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel.: 217 805 020 – Fax: 217 805 610

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1760-001 LISBOA  
Tel.: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

5

AP1.

harmonia com o Despacho ministerial n.º 6411/2015, de 29 de maio, publicado no RE, 2.º, de 9 de junho;

3.2.1.6. Decidir sobre os pedidos de concessão do estatuto de trabalhador-estudante;

3.2.1.7. Autorizar a participação de trabalhadores em júris de concursos noutras instituições;

3.2.1.8. Homologar classificações de serviço e avaliações de desempenho nos termos da legislação aplicável;

3.2.1.9. Ordenar a destruição de documentos inseridos em processos de concursos;

3.2.1.10. Assinar a correspondência e expedição necessárias, no âmbito das competências acima delegadas;

3.2.1.11. Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, sobre queixas e reclamações apresentadas pelos utentes, de natureza assistencial.

4.

4.1. Na Vogal executiva, Catarina Duarte Galhardo Baptista

4.1.1. Área de Contratualização Interna/externa e Controlo de Gestão.

4.1.2. Gabinete de Planeamento e Informação de Gestão.

4.1.3. Serviço de Recursos Humanos.

4.1.4. Serviço de Gestão Hospitalar.

4.1.5. Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica (área logística).

4.1.6. Serviço de Gestão de Compras.

4.1.7. Serviço de Logística e Stocks:

4.1.7.1. Unidade de Gestão Hoteleira;

4.1.7.2. Unidade de Logística e Stocks.

4.2. E, ainda:

4.2.1. As competências de gestão corrente dos serviços sob a sua direção, gestão e coordenação, incluindo as relativas, a:

CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO

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

[www.chin.pt](http://www.chin.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1789-001 LISBOA  
Tel.: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

[www.chin.pt](http://www.chin.pt)



4.2.1.1. No âmbito dos recursos humanos do CHULN, com exceção das competências específicas delegadas no Diretor Clínico e no Enfermeiro Diretor:

4.2.1.1.1. Homologar as avaliações de desempenho;

4.2.1.1.2. Praticar todos os atos subsequentes à abertura de concursos, com exceção da decisão de recursos hierárquicos;

4.2.1.1.3. Outorgar os contratos de pessoal, seja qual for a sua modalidade, incluindo os instrumentos de "mobilidade geral" dos trabalhadores;

4.2.1.1.4. Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários;

4.2.1.1.5. Autorizar o trabalho a tempo parcial, bem como o regresso ao regime de tempo completo;

4.2.1.1.6. Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevistas;

4.2.1.1.7. Autorizar a reaffectação interna de trabalhadores;

4.2.1.1.8. Autorizar a formação profissional, a realização de estágios, congressos ou iniciativas semelhantes, outorgando os respetivos instrumentos de execução;

4.2.1.1.9. Atribuir o estatuto de trabalhador-estudante;

4.2.1.1.10. Autorizar pedidos de equiparação a bolsheiro no país ou no estrangeiro;

4.2.1.1.11. Autorizar a participação de trabalhadores em júris de concursos noutras instituições;

4.2.1.1.12. Conceder licenças e dispensas e autorizar o regresso à atividade, nos termos da lei;

4.2.1.1.13. Autorizar a atribuição de abonos e regalias a que os trabalhadores tenham direito, nos termos da lei, bem como o processamento dos abonos ou despesas com a aquisição de bilhetes ou títulos de transporte e de ajudas de custo, antecipado ou não, no caso de deslocações em serviço em território nacional, devidamente autorizadas;

4.2.1.1.14. Justificar faltas;

CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO

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

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

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

APN.

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

- 4.2.1.1.15. Promover a verificação domiciliária da doença;
- 4.2.1.1.16. Promover a submissão de trabalhadores a juntas médicas da ADSE ou da Segurança Social;
- 4.2.1.1.17. Autorizar pedidos de apresentação a Junta Médica;
- 4.2.1.1.18. Determinar a reposição de abonos indevidamente recebidos;
- 4.2.1.1.19. Praticar todos os atos relativos à tramitação de processos de aposentação e reforma dos trabalhadores, assim como os atos respeitantes aos regimes de proteção social correspondentes;
- 4.2.1.1.20. Assinar a correspondência ou expediente necessário e autorizar publicações em Diário da República;
- 4.2.1.1.21. Autorizar a passagem de certidões, a emissão de cópia de documentos e a restituição de documentos aos interessados;
- 4.2.1.1.22. Autorizar a destruição de documentos respeitantes a concursos, nos termos da legislação em vigor.
- 4.2.1.2. Relativamente às áreas e serviços sob a sua gestão:
- 4.2.1.2.1. Autorizar as despesas inerentes a procedimentos de aquisição de bens e serviços, incluindo empreitadas de obras públicas, até ao montante de € 200.000,00 (duzentos mil euros), compreendendo a autorização de abertura de procedimentos, a escolha do procedimento a adotar e a prática dos demais atos necessários para a formação dos contratos, abrangendo a decisão de qualificação dos concorrentes, a decisão de adjudicação, e a aprovação das minutas de contratos, bem como a representação do CHULN na respetiva outorga;
- 4.2.1.2.2. Praticar os atos consequentes ao ato de autorização da escolha e do início do procedimento cujo valor não exceda o agora delegado;
- 4.2.1.2.3 Designar os júris e delegar a competência para proceder à audiência prévia, mesmo nos procedimentos de valor superior ao agora delegado;
- 4.2.1.2.4. Conceder adiantamentos a empreiteiros e fornecedores de bens e serviços, desde que cumpridos os condicionalismos previstos no Código da Contratação Pública;

CHULN  
ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz  
1049-035 LISBOA  
Tel: 217 905 000 Fax: 217 805 810

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1760-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

B

APN.

- 4.2.1.2.5. Assinar a correspondência e expediente necessário, no âmbito das competências acima delegadas;
- 4.2.1.2.6. Autorizar o abate de bens após parecer do Núcleo de Património;
- 4.2.1.2.7. Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários;
- 4.2.1.2.8. Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevistas;
- 4.2.1.2.9. Autorizar a formação profissional, a realização de estágios, congressos ou iniciativas semelhantes, outorgando os respetivos instrumentos de execução;
- 4.2.1.2.10. Autorizar a participação de trabalhadores em júris de concursos noutras instituições;
- 4.2.1.2.11. Substituir o Vogal André Filipe de Sousa da Trindade Ferreira, nas suas ausências e impedimentos.

5.

**5.1. No Vogal executivo, André Filipe de Sousa da Trindade Ferreira**

- 5.1.1. Área dos Planos de Investimento.
- 5.1.2. Gabinete de Estudos e Planeamento.
- 5.1.3. Serviço de Gestão Financeira.
- 5.1.4. Serviço de Instalações e Equipamentos
- 5.1.5. Serviço de Sistemas de Informação.
- 5.1.6. Serviço de Assistência Religiosa e Espiritual.

**5.2. E, ainda:**

- 5.2.1. As competências da gestão corrente dos serviços sob a sua direção, gestão e coordenação, incluindo as relativas, a:

- 5.2.1.1. Autorizar a constituição de fundos permanentes das dotações do orçamento, com exceção das rubricas referentes a pessoal, até ao limite de um duodécimo;

**CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO**

Av. Professor Egas Moniz  
1649-036 LISBOA  
Tel.: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

[www.chin.pt](http://www.chin.pt)

Alameda das Laranjeiras da Torre, 117  
1760-001 LISBOA  
Tel.: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

[www.chin.pt](http://www.chin.pt)

*ADN*

5.2.1.2. Autorizar o pagamento até ao montante de € 200.000,00 (duzentos mil euros), nas empreitadas de obras públicas e na locação e aquisição de bens e serviços;

5.2.1.3. Autorizar o pagamento de todas as despesas, previamente aprovadas, nos termos legais;

5.2.1.4. Dar balanço mensal à tesouraria;

5.2.1.5. Assegurar a regularidade da cobrança de dívidas e autorizar a realização e pagamento das despesas previamente autorizadas;

5.2.1.6. Autorizar reembolsos de pagamentos indevidos ou em duplicado ao Centro Hospitalar nos termos da legislação em vigor;

5.2.1.7. Declarar as dívidas como incobráveis nos termos da legislação aplicável;

5.2.1.8. Autorizar a anulação e substituição de faturas;

5.2.1.9. Autorizar as despesas com seguros, não previstas no n.º 2 do artigo 19º do Decreto-Lei n.º 197/99 de 8 de junho, nos termos e sem prejuízo do disposto no mesmo preceito;

5.2.1.10. Autorizar a emissão de termos de responsabilidade relativos às deslocações de utentes a outras unidades de saúde, para efeitos de realização de exames e tratamentos, que o Centro Hospitalar não tenha condições de realizar;

5.2.1.11. Autorizar a constituição de fundos de manutenção, nos termos da lei;

5.2.1.12. Aceitar coações, à exceção de bens imóveis;

5.2.1.13. Autorizar a realização de cirurgias adicionais e o transporte de coentes para estabelecimentos de saúde não integrados no CHULN no âmbito da Unidade Local de Gestão de Acesso (ULGA);

5.2.1.14. Autorizar a assistência médica de grande especialização no estrangeiro, nos termos da legislação em vigor;

5.2.1.15. Substituir a Vogal Catarina Duarte Galhardo Baptista, nas suas ausências e impedimentos.

5.2.2. Relativamente às áreas e serviços sob a sua gestão:

COMBINAÇÃO  
ADMINISTRAÇÃO

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

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1760-001 LISBOA  
Tel.: 217 548 000 – Fax: 217 548 216

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

APN.

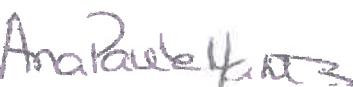
10

- 5.2.2.1. Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários;
  - 5.2.2.2. Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevistas;
  - 5.2.2.3. Autorizar a formação profissional, a realização de estágios, congressos ou iniciativas semelhantes, outorgando os respetivos instrumentos de execução;
  - 5.2.2.4. Autorizar a participação de trabalhadores em júris de concursos noutras instituições;
  - 5.2.2.5. Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, sobre queixas e reclamações apresentadas pelos utentes, de âmbito não assistencial;
  - 5.2.2.6. Assinar a correspondência e expediente necessário, no âmbito das competências acima delegadas.
6. O Conselho de Administração pode delegar nos Vogais, as áreas e pelouros não mencionados na presente deliberação cuja competência não se encontre legal ou regulamentarmente atribuída, bem como aquelas que gestionariamente venham a ser criadas/definidas de caráter transitório ou permanente, integradas ou não, ainda que em anexo, ao regulamento interno do CHULN, e dele fazendo parte integrante.
  7. Ficam os membros do Conselho de Administração autorizados a subdelegar as competências acima delegadas no pessoal dirigente e de chefia que deles depende, nos termos do disposto no artigo 46.º do novo Código de Procedimento Administrativo, e de harmonia com o n.º 2 do artigo 71.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, das mesmas devendo ser dado conhecimento ao Conselho de Administração, mensalmente, mediante a apresentação de uma listagem dos despachos proferidos ao abrigo da presente delegação.

8. As competências acima delegadas compreendem os poderes para representar o CHULN na outorga dos respetivos contratos, quando a estes houver lugar, nos termos dos artigos 76.º e 71.º n.º 2, ambos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.
9. As competências da presidente do conselho de administração, nas suas ausências ou impedimentos, são exercidas pelo vogal e diretor clínico, Rui António Rocha Tato Marinho, pelo vogal e enfermeiro diretor, José Alexandre dos Santos Abrantes, pela vogal executiva, Catarina Duarte Galhardo Baptista, e pelo vogal executivo, André Filipe de Sousa da Trindade Ferreira, por esta respetiva ordem na ausência ou impedimento do vogal que o precede.
10. A presente deliberação produz efeitos à data de 01 de fevereiro de 2023, ficando por este meio ratificados todos os atos praticados no âmbito das competências ora delegadas, nos termos do disposto no artigo 164.º do Código do Procedimento Administrativo.

Lisboa e CHULN, 03 de fevereiro de 2023

O Conselho de Administração

  
Ana Paula Martins  
Presidente do Conselho de Administração

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
Relatório na ACTA n.º 06/2023  
de 03/02/2023

APN

CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel.: 217 805 000 – Fax: 217 805 610  
[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel.: 217 548 000 – Fax: 217 548 215  
[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

12

## DELIBERAÇÃO

### **Determinação e distribuição de tutela interna de órgãos, departamentos, serviços, unidades, gabinetes e áreas aos membros do conselho de administração e suas delegações e subdelegações de competência**

O Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E. (ULSSM), reunido a 23 de setembro de 2024, delibera, nos termos dos artigos 44º a 49º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado pelo Decreto-Lei nº 4/2015, de 7 de janeiro e de harmonia com o disposto nos artigos 71.º e 72.º do Decreto-Lei nº 52/2022, de 04 de agosto, que aprovou o estatuto das Unidades Locais de Saúde integrados no setor empresarial do Estado, aplicáveis à ULSSM, reformular a deliberação de 1 de fevereiro de 2024, exarada em Ata nº 06/2024, da distribuição de tutela interna de órgãos, departamentos, serviços, unidades, gabinetes e áreas, aos membros, bem como delegar, e subdelegar, de entre os limites da Lei, com a faculdade de subdelegar:

1.

#### **1.1. No Presidente, Carlos José das Neves Martins**

- 1.1.1. Centro Académico de Medicina de Lisboa
- 1.1.2. Comissão Mista ULSSM/FMUL
- 1.1.3. Serviço de Auditoria Interna
- 1.1.4. Gabinete Jurídico
- 1.1.5. Serviço de Recursos Humanos
- 1.1.6. Serviço de Assistência Religiosa e Espiritual
- 1.1.7. Gabinete de Planeamento e Informação de Gestão
- 1.1.8. Gabinete de Comunicação e Relações Públicas
- 1.1.9. Gabinete de Segurança
- 1.1.10. Conselho Coordenador de Avaliação

#### **ADMINISTRAÇÃO**

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

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

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

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

**1.1.11. Área de Proteção de Dados**

**1.1.12. Serviço Social.**

**1.2. E, ainda:**

**1.2.1. A coordenação genérica de todas as áreas e especificamente a direção, gestão e coordenação das áreas e pelouros que lhe estão afetos, incluindo a competência para:**

**1.2.1.1. Representar a ULSSM, assim como estabelecer as ligações externas, ao seu nível, com outros serviços e organismos da Administração Pública e com outras entidades congénères, nacionais, internacionais e estrangeiras, incluindo a assinatura de toda a correspondência com o exterior;**

**1.2.1.2. Ordenar a instauração de processos de inquérito, sindicâncias e disciplinares, sem prejuízo dos limites legais respeitantes às respetivas concussões e decisões.**

**1.3. No âmbito dos recursos humanos da ULSSM, com exceção das competências específicas delegadas nos Diretores Clínicos e na Enfermeira Diretora:**

**1.3.1. Homologar as avaliações de desempenho;**

**1.3.2. Praticar todos os atos subsequentes à abertura de concursos, com exceção da decisão de recursos hierárquicos;**

**1.3.3. Outorgar os contratos de pessoal, seja qual for a sua modalidade, incluindo os instrumentos de "mobilidade geral" dos trabalhadores;**

**1.3.4. Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários;**

**1.3.5. Autorizar o trabalho a tempo parcial, bem como o regresso ao regime de tempo completo;**

**1.3.6. Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevistas;**

**1.3.7. Autorizar a reafectação interna de trabalhadores;**

*W  
L  
V*

- 1.3.8. Autorizar a formação profissional, a realização de estágios, congressos ou iniciativas semelhantes, outorgando os respetivos instrumentos de execução;
- 1.3.9. Atribuir o estatuto de trabalhador-estudante;
- 1.3.10. Autorizar pedidos de equiparação a bolseiro no país ou no estrangeiro;
- 1.3.11. Autorizar a participação de trabalhadores em júris de concursos noutras instituições;
- 1.3.12. Conceder licenças e dispensas e autorizar o regresso à atividade, nos termos da lei;
- 1.3.13. Autorizar a atribuição de abonos e regalias a que os trabalhadores tenham direito, nos termos da lei, bem como o processamento dos abonos ou despesas com a aquisição de bilhetes ou títulos de transporte e de ajudas de custo, antecipado ou não, no caso de deslocações em serviço em território nacional, devidamente autorizadas;
- 1.3.14. Justificar faltas;
- 1.3.15. Promover a verificação domiciliar da doença;
- 1.3.16. Promover a submissão de trabalhadores a juntas médicas da ADSE ou da Segurança Social;
- 1.3.17. Autorizar pedidos de apresentação à Junta Médica;
- 1.3.18. Determinar a reposição de abonos indevidamente recebidos;
- 1.3.19. Praticar todos os atos relativos à tramitação de processos de aposentação e reforma dos trabalhadores, assim como os atos respeitantes aos regimes de proteção social correspondentes;
- 1.3.20. Assinar a correspondência ou expediente necessário e autorizar publicações em Diário da República;
- 1.3.21. Autorizar a passagem de certidões, a emissão de cópia de documentos e a restituição de documentos aos interessados;
- 1.3.22. Autorizar a destruição de documentos respeitantes a concursos, nos termos da legislação em vigor.

1.4. Relativamente às áreas e serviços sob a sua gestão:

  
ADMINISTRAÇÃO

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

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1789-001 LISBOA  
Tel.: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

3

- 1.4.1. Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários;
- 1.4.2. Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevistas;
- 1.4.3. Autorizar a formação profissional, realização de estágios, participação em congressos ou iniciativas semelhantes, outorgando os respetivos instrumentos de execução;
- 1.4.4. Autorizar a participação de trabalhadores em júris de concursos noutras instituições.

2.

**2.1. No Vogal Executivo e Diretor Clínico para a área dos cuidados de saúde hospitalares, Rui António Rocha Tato Marinho**

- 2.1.1. Direção Clínica
- 2.1.2. Departamentos, Serviços e Unidades de Ação Médica, nas áreas de competência própria do Diretor Clínico
- 2.1.3. Serviço de Dietética e Nutrição
- 2.1.4. Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica (área clínica)
- 2.1.5. Serviço de Saúde Ocupacional
- 2.1.6. Gabinete do Cidadão
- 2.1.7. Serviço da Qualidade
- 2.1.8. Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica
- 2.1.9. Comissão de Coordenação Oncológica
- 2.1.10. Comissão Departamental
- 2.1.11. Comissão de Ética
- 2.1.12. Comissão de Farmácia e Terapêutica
- 2.1.13. Comissão de Harmonização e Boas Práticas

**CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO**

4

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

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

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

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

*CE  
M  
J  
P*

- 2.1.14. Comissão de Introdução e Análise de Reagentes Laboratoriais
- 2.1.15. Comissão Técnica de Certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez
- 2.1.16. Comissão Transfusional
- 2.1.17. Comissão de Qualidade e Segurança
- 2.1.18. Comissão de Catástrofe e Emergência Interna
- 2.1.19. Direção do Internato Médico
- 2.1.20. Gabinete de Gestão Clínica
- 2.1.21. Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica
- 2.1.22. Gabinete Coordenador de Colheitas e Transplantação
- 2.1.23. Gabinete de Risco
- 2.1.24. Centros de Referência
- 2.1.25. Centro de Investigação Clínica
- 2.1. E, ainda:
  - 2.2.1. As competências de gestão e coordenação das áreas clínicas, incluindo relativamente às carreiras médicas, técnicas superiores de saúde e técnicas superiores de diagnóstico e terapêutica, a competência para:
    - 2.2.1.1. Tomar conhecimento de todas as queixas dos utentes e determinar as ações adequadas à sua aferição e eventual prossecução;
    - 2.2.1.2. Praticar todos os atos subsequentes à abertura de concursos, exceto a decisão de recursos hierárquicos e a homologação de listas classificativas;
    - 2.2.1.3. Aprovar os horários de trabalho e respetivas alterações, nos termos dos critérios definidos pelo Conselho de Administração;
    - 2.2.1.4. Autorizar a prestação de serviço de urgência, em regime de prevenção e chamada, nos termos definidos no modelo organizativo aprovado pelo Conselho de Administração;

 ADMINISTRAÇÃO

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

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

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

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

5



- 2.2.1.5. Autorizar a composição das equipas de urgência interna e externa, nos termos definidos no modelo aprovado pelo Conselho de Administração;
- 2.2.1.6. Autorizar a dispensa de prestação do serviço de urgência e a redução horária nos termos previstos na lei;
- 2.2.1.7. Autorizar a reafectação interna de profissionais mediante mobilidade entre as várias áreas;
- 2.2.1.8. Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevistas;
- 2.2.1.9. Autorizar a formação profissional, realização de estágios, participação em congressos ou iniciativas semelhantes, outorgando os respetivos instrumentos de execução, de harmonia com o Despacho ministerial n.º 6411/2015, de 29 de maio, publicado no DRE, 2.º, de 9 de junho;
- 2.2.1.10. Autorizar a participação de trabalhadores em júris de concursos noutras instituições;
- 2.2.1.11. Autorizar o acesso a dados clínicos e outros dados pessoais sensíveis, nos termos legalmente em vigor;
- 2.2.1.12. Homologar avaliações de desempenho nos termos da legislação aplicável;
- 2.2.1.13. Ordenar a destruição de documentos insertos em processos de concursos;
- 2.2.1.14. Assinar a correspondência e expedição necessárias, no âmbito das competências acima delegadas.

3.

**3.1. Na Vogal Executiva e Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde primários, Eunice Isabel do Nascimento Carriço**

- 3.1.1. Direção Clínica da área de cuidados de saúde primários
- 3.1.2. Serviços e Unidades das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nas áreas de competência própria do Diretor Clínico

**SECRETARIA DE  
ADMINISTRAÇÃO**

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

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

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

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

6

CE  
CER  
CR

VM  
J

**3.2. E, ainda:**

3.2.1. As competências de gestão e coordenação das áreas clínicas, incluindo a competência para:

3.2.1.1. Tomar conhecimento de todas as queixas dos utentes e determinar as ações adequadas à sua aferição e eventual prossecução;

3.2.1.2. Aprovar os horários de trabalho e respetivas alterações, nos termos dos critérios definidos pelo Conselho de Administração;

3.2.1.3. Autorizar a prestação de serviço de urgência, nos termos definidos no modelo organizativo aprovado pelo Conselho de Administração;

3.2.1.4. Autorizar a composição das equipas de urgência, nos termos definidos no modelo aprovado pelo Conselho de Administração;

3.2.1.5. Autorizar a dispensa de prestação do serviço de urgência e a redução horária nos termos previstos na lei;

3.2.1.6. Autorizar a reafectação interna de profissionais mediante mobilidade entre as várias áreas;

3.2.1.7. Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevistas;

3.2.1.8. Autorizar a formação profissional, realização de estágios, participação em congressos ou iniciativas semelhantes, outorgando os respetivos instrumentos de execução, de harmonia com o Despacho ministerial n.º 6411/2015, de 29 de maio, publicado no DRE, 2.ª, de 9 de junho;

3.2.1.9. Autorizar a participação de trabalhadores em júris de concursos noutras instituições;

3.2.1.10. Autorizar o acesso a dados clínicos e outros dados pessoais sensíveis, nos termos legalmente em vigor;

3.2.1.11. Assinar a correspondência e expedição necessárias, no âmbito das competências acima delegadas.

**ENDEZA  
ADMINISTRAÇÃO**

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

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

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

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

7

4.

4.1. Na Vogal Executiva e Enfermeira Diretora, Carla Cristina de Matos Apolinário Martins Ribeiro

4.1.1. Direção de Enfermagem

4.1.2. Departamentos, serviços e unidades de ação médica, nas áreas de competência própria

4.1.3. Central de Esterilização

4.1.4. Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e da Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA)

4.2. E, ainda:

4.2.1. As competências da gestão corrente no âmbito da enfermagem nas áreas clínicas, bem como as competências relativas à promoção de boas práticas, protocolos e melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, incluindo, relativamente aos profissionais da carreira de enfermagem e aos assistentes operacionais afetos às áreas clínicas, a competência para:

4.2.1.1.1. Praticar todos os atos subsequentes à abertura de concursos, exceto a decisão de recursos hierárquicos e à homologação de listas classificativas;

4.2.1.1.2. Aprovar os horários de trabalho e respetivas alterações, nos termos definidos pelo Conselho de Administração;

4.2.1.1.3. Autorizar a reafectação interna de profissionais mediante mobilidade entre as várias áreas;

4.2.1.1.4. Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a eles referentes, autorizar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevistas;

4.2.1.1.5. Autorizar a formação profissional, realização de estágios, participação em congressos ou iniciativas semelhantes, outorgando os respetivos instrumentos de execução, de harmonia com o Despacho ministerial n.º 6411/2015, de 29 de maio, publicado no RE, 2.º, de 9 de junho;

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
ADMINISTRAÇÃO

8

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

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

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

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

*Eduardo  
un  
V*

- 4.2.1.1.6. Decidir sobre os pedidos de concessão do estatuto de trabalhador-estudante;
- 4.2.1.1.7. Autorizar a participação de trabalhadores em júris de concursos noutras instituições;
- 4.2.1.1.8. Homologar classificações de serviço e avaliações de desempenho nos termos da legislação aplicável;
- 4.2.1.1.9. Ordenar a destruição de documentos insertos em processos de concursos;
- 4.2.1.1.10. Assinar a correspondência e expedição necessárias, no âmbito das competências acima delegadas;
- 4.2.1.1.11. Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, sobre queixas e reclamações de natureza assistencial apresentadas por utentes.

5.

**5.1. No Vogal Executivo, Francisco António Alvelos de Sousa Matoso**

- 5.1.1. Serviço de Instalações e Equipamentos
- 5.1.2. Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica (área logística)
- 5.1.3. Serviço de Gestão de Compras
- 5.1.4. Serviço de Logística e Stocks:
- 5.1.4.1. Unidade de Gestão Hoteleira
  - 5.1.4.2. Unidade de Logística e Stocks
- 5.1.5. Gabinete de Estudos e Planeamento
- 5.1.6. Gabinete de Apoio à Investigação Clínica

**5.2. E, ainda:**

- 5.2.1. Substituir o Vogal Miguel Jorge de Figueiredo Carpinteiro, nas suas ausências e impedimentos.

**CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO**

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

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

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

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

9



5.2.2. As competências de gestão corrente dos serviços sob a sua direção, gestão e coordenação, incluindo as relativas, a:

5.2.2.1. Autorizar as despesas inerentes a procedimentos de aquisição de bens e serviços, incluindo empreitadas de obras públicas, até ao montante de € 300.000,00 (trezentos mil euros), e inerentes a aquisição de equipamentos até ao montante de 25.000,00 (vinte e cinco mil euros) compreendendo a autorização de abertura de procedimentos, a escolha do procedimento a adotar e a prática dos demais atos necessários para a formação dos contratos, abrangendo a decisão de qualificação dos concorrentes, a decisão de adjudicação, e a aprovação das minutas de contratos, bem como a representação da ULSSM na respetiva outorga;

5.2.2.2. Praticar os atos consequentes ao ato de autorização da escolha e do início do procedimento cujo valor não exceda o agora delegado;

5.2.2.3. Designar os júris e delegar a competência para proceder à audiência prévia, mesmo nos procedimentos de valor superior ao agora delegado;

5.2.2.4. Conceder adiantamentos a empreiteiros e fornecedores de bens e serviços, desde que cumpridos os condicionalismos previstos no Código da Contratação Pública;

5.2.2.5. Assinar a correspondência e expediente necessário, no âmbito das competências acima delegadas;

5.2.2.6. Autorizar o abate de bens após parecer do Núcleo de Património;

5.2.2.7. Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários;

5.2.2.8. Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevistas;

5.2.2.9. Autorizar a formação profissional, a realização de estágios, congressos ou iniciativas semelhantes, outorgando os respetivos instrumentos de execução

5.2.2.10. Autorizar a participação de trabalhadores em júris de concursos noutras instituições;

CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO

10

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

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

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

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

*CM*  
*AN*  
*PF*

**6. No Vogal Executivo, Miguel Jorge de Figueiredo Carpinteiro**

**6.1. Serviço de Gestão Financeira**

**6.2. Serviço de Sistemas de Informação**

**6.3. Serviço de Gestão Hospitalar**

**6.4. Área de Contratualização Interna/Externa e Controlo de Gestão**

**6.5. Centro de Formação**

**6.6. E, ainda:**

**6.6.1. As competências de gestão corrente dos serviços sob a sua direção, gestão e coordenação, incluindo as relativas, a:**

**6.6.1.1. Autorizar a constituição de fundos permanentes das dotações do orçamento, com exceção das rubricas referentes a pessoal, até ao limite de um duodécimo;**

**6.6.1.2. Autorizar o pagamento de todas as despesas, previamente aprovadas, nos termos legais;**

**6.6.1.3. Dar balanço mensal à tesouraria;**

**6.6.1.4. Autorizar reembolsos de pagamentos indevidos ou em duplicado ao Centro Hospitalar nos termos da legislação em vigor;**

**6.6.1.5. Autorizar a anulação e substituição de faturas;**

**6.6.1.6. Autorizar as despesas com seguros, não previstas no n.º 2 do artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 197/99 de 8 de junho, nos termos e sem prejuízo do disposto no mesmo preceito;**

**6.6.1.7. Autorizar a emissão de termos de responsabilidade relativos às deslocações de utentes a outras unidades de saúde, para efeitos de realização de exames e tratamentos, que o Centro Hospitalar não tenha condições de realizar;**

**6.6.1.8. Autorizar a constituição de fundos de maneio, nos termos da lei;**

**6.6.1.9. Aceitar doações, à exceção de bens imóveis;**

**ADMINISTRAÇÃO**

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

[www.UlSSM.pt](http://www.UlSSM.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1788-001 LISBOA  
Tel.: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

[www.UlSSM.pt](http://www.UlSSM.pt)

11



6.6.1.10. Autorizar a realização de cirurgias adicionais e o transporte de doentes para estabelecimentos de saúde não integrados na ULSSM no âmbito da Unidade Local de Gestão de Acesso (ULGA);

6.6.1.11. Autorizar a assistência médica de grande especialização no estrangeiro, nos termos da legislação em vigor;

6.6.1.12. Substituir o Vogal Francisco António Alvelos de Sousa Matoso, nas suas ausências e impedimentos.

6.6.2. Relativamente às áreas e serviços sob a sua gestão:

6.6.2.1. Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários;

6.6.2.2. Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevistas;

6.6.2.3. Autorizar a formação profissional, a realização de estágios, congressos ou iniciativas semelhantes, outorgando os respetivos instrumentos de execução;

6.6.2.4. Autorizar a participação de trabalhadores em júris de concursos noutras instituições;

6.6.2.5. Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, sobre queixas e reclamações apresentadas pelos utentes, de âmbito não assistencial;

6.6.2.6. Assinar a correspondência e expediente necessário, no âmbito das competências acima delegadas.

7. O Conselho de Administração pode delegar nos Vogais, as áreas e pelouros não mencionados na presente deliberação cuja competência não se encontre legal ou regulamentarmente atribuída, bem como aquelas que gestionariamente venham a ser criadas/definidas de caráter transitório ou permanente, integradas ou não, ainda que em anexo, ao regulamento interno da ULSSM, e dele fazendo parte integrante.

8. Ficam os membros do Conselho de Administração autorizados a subdelegar as competências acima delegadas no pessoal dirigente e da chefia que deles depende, nos

COSEPE – DE  
ADMINISTRAÇÃO

12

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

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1789-001 LISBOA  
Tel.: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)



termos do disposto no artigo 46.º do novo Código de Procedimento Administrativo, e de harmonia com o n.º 2 do artigo 71.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, das mesmas devendo ser dado conhecimento ao Conselho de Administração, mensalmente, mediante a apresentação de uma listagem dos despachos proferidos ao abrigo da presente delegação.

9. As competências acima delegadas compreendem os poderes para representar a ULSSM na outorga dos respetivos contratos, quando a estes houver lugar, nos termos dos artigos 76.º e 71.º n.º 2, ambos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.
10. As competências do Presidente do Conselho de Administração, nas suas ausências ou impedimentos, são exercidas pelo Vogal Francisco António Alvelos de Sousa Matoso, ou por quem nas suas ausências ou impedimentos vier a ser designado.
11. As áreas e serviços não clínicos não contemplados na presente deliberação consideram-se no âmbito de competência do Presidente do Conselho de Administração.
12. A presente deliberação produz efeitos à data de 01 de fevereiro de 2024, ficando por este meio ratificados todos os atos praticados no âmbito das competências ora delegadas, nos termos do disposto no artigo 164.º do Código do Procedimento Administrativo.

Lisboa e ULSSM, 23 de setembro de 2024.

**O Conselho de Administração**

PRESENTE À SESSÃO DO C. A. DE <u>23/09/2024</u>	
O Presidente	 Carlos Nolasco Matoso
O Dir. Clínico ACSH	 Rui Alves
A. Dir. Clínicas ACSP	 Eduardo Carvalho
O Vogal	 Miguel Carriço
O Vogal	 Francisco Matoso
A. Enr. Diretora	 Carmo Martinho Ribeiro
ATA N.º <u>43/2024</u>	

**CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO**

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

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

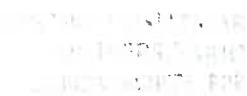
Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel.: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

[www.ULSSM.pt](http://www.ULSSM.pt)

13

## *Anexo 5*

### **Declarações a que se refere o artigo 52º do RJSPE**



### DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

(Artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Ana Paula Mecheira de Almeida Martins Silvestre Correia, declaro que não intervengo nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, bem como decisões que envolvam direta ou indiretamente qualquer relação com a Gilenad, conforme determina o artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 01 de fevereiro de 2023

Ana Paula Martins

Presidente do Conselho de Administração



Av. Professor Egas Moniz  
1049-035 LISBOA  
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610  
[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1760-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 216  
[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

(artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Rui António Rocha Tato Marinho, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 31 de fevereiro de 2023



Rui Tato Marinho

Diretor Clínico

CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz  
1649-036 LISBOA  
Tel: 217 825 000 – Fax: 217 825 810  
[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215  
[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

### DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

(artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, José Alexandre dos Santos Abrantes, declaro que não intervengo nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 01 de fevereiro de 2023



José Alexandre Abrantes  
Enfermeiro Diretor

**CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO**

Av. Professor Egas Moniz  
1649-036 LISBOA  
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1760-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

### DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

{artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro}

Eu, André Filipe de Sousa da Trindade Ferreira, declaro que não intervinho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 01 de fevereiro de 2023



André Trindade

Vogal Executivo do Conselho de Administração



Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610  
[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215  
[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

### DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

(artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Catarina Duarte Galhardo Baptista, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 01 de fevereiro de 2023



Catarina Baptista

Vogal Executiva do Conselho de Administração

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

(artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Carlos José das Neves Martins, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 01 de fevereiro de 2024.

O Presidente do Conselho de Administração



Carlos das Neves Martins

1



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

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

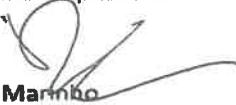
**DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA**

(artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

**Eu, Rui António Rocha Tato Marinho, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013 ou em outra legislação aplicável.**

Lisboa, 01 de fevereiro de 2024.

O Diretor Clínico para a Área dos Cuidados de Saúde Hospitalares

  
Rui Tato Marinho

UNIDADE LOCAL DE  
ADMINISTRAÇÃO

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

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

1

### DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

(artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Carla Cristina de Matos Apolinário Martins Ribeiro, declaro que não intervengo nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 01 de fevereiro de 2024.

A Enfermeira Diretora



Carla Martins Ribeiro

1



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

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

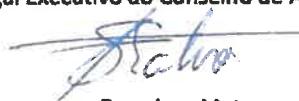
### DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

(artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Francisco António Alvelos de Sousa Matoso, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 01 de fevereiro de 2024.

O Vogal Executivo do Conselho de Administração



Francisco Matoso



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

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

1

**DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA**

(artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Miguel Jorge de Figueiredo Carpinteiro, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 01 de fevereiro de 2024.

O Vogal Executivo do Conselho de Administração



Miguel Carpinteiro

1



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

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

### DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

(artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

**Eu, Eunice Isabel do Nascimento Carrapiço, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013 ou em outra legislação aplicável.**

Lisboa, 01 de fevereiro de 2024.

A Diretora Clínica para a Área dos  
Cuidados de Saúde Primários



Eunice Carrapiço

1



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

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

## ***Anexo 6***

### **Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o n.º 2 do artigo 54.º do RJSPE**

## **Relatório do órgão de fiscalização**

O Relatório do Órgão de Fiscalização, será anexado, após a aprovação do Relatório do Governo Societário 2024 pelo Conselho de Administração.

## ***Anexo 7***

### **Extrato da ata da reunião de Conselho de Administração com a aprovação do Relatório e Contas e Relatório do Governo Societário de 2023**



**CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

**EXTRATO de Ata nº 22/2024**

Aos dezasseis dias do mês de maio de dois mil e vinte e quatro, pelas dez horas, reuniu na sede da Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E. (ULSSM), síta na Av. Prof. Egas Moniz, em Lisboa, o Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Santa Maria, sob a Presidência de Carlos José das Neves Martins, e com a presença do Diretor Clínico para a área dos cuidados de saúde hospitalares, Rui António Rocha Tato Marinho, da Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde primários, Eunice Isabel do Nascimento Carrapico, da Enfermeira Diretora, Carla Cristina de Matos Apolinário Martins Ribeiro e dos Vogais, Francisco António Alvelos de Sousa Matoso e Miguel Jorge de Figueiredo Carpinteiro.

---/---

5.2.1 O Conselho deliberou aprovar o Relatório e Contas de 2023 do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E. e determinou propor à Tutela que o resultado líquido do exercício do ano 2023, no montante negativo de 62.445.287,69 Euros, seja transferido para a conta de resultados transitados.;

---/---

*g'* O Conselho de Administração

Francisco Matoso  
Vogal do Conselho de Administração

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

**EXTRATO de Ata nº 17/2024**

Aos onze dias do mês de abril de dois mil e vinte e quatro, pelas onze horas, reuniu na sede da Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E. (ULSSM), sita na Av. Prof. Egas Moniz, em Lisboa, o Conselho de Administração da ULSSM, sob a Presidência de Carlos José das Neves Martins, e com a presença do Diretor Clínico para a área dos cuidados de saúde hospitalares, Rui António Rocha Tato Marinho, da Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde primários, Eunice Isabel do Nascimento Carrapico, da Enfermeira Diretora, Carla Cristina de Matos Apolinário Martins Ribeiro e dos Vogais, Francisco António Alvelos de Sousa Matoso e Miguel Jorge de Figueiredo Carpinteiro.

---/---

4.2.1. O Conselho deliberou aprovar o Relatório do Governo Societário de 2023, do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E.

---/---

P' O Conselho de Administração



Francisco Matoso  
Vogal do Conselho de Administração

## *Anexo 8*

**Demonstrações não financeira relativa ao exercício de 2024**  
**aplicável às empresas de interesse publico que à data do**  
**encerramento do seu balanço excedam um número**  
**médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual –**  
**cf nº1 do artigo 66º-B do CSC**

16 O nº8 do artigo 66º-B do CSC dispõe que "uma empresa que elabore um relatório separado do relatório de gestão, correspondente ao mesmo exercício anual, que inclua as informações exigidas para a demonstração não financeira previstas no nº2 e seja elaborada nos termos previstos nos nºs 3 a 6 fica isenta da obrigação de elaborar a demonstração não financeira prevista no nº 1". Assim, caso a empresa pretenda ser dispensada da apresentação da demonstração não financeira, deve estar que o RGS inclui toda a informação cumpre todas as formalidades exigidas pela lei.

A Demonstração referente ao desempenho e evolução da ULSSM encontra-se presente no Relatório e Contas da ULSSM, bem como neste relatório, nos pontos seguintes:

Demonstração não financeira (art 66º-B Código Sociedades Comerciais)	Menção
Modelo empresarial da empresa	Pontos I e II do RG relativos ao Sumário Executivo e à Missão, Objetivos e Políticas e pontos relativos à Apresentação Estrutura Orgânica e Demonstração não financeira no Relatório e Contas
Políticas seguidas pela empresa, resultados e riscos em relação às questões ambientais e sociais	Pontos VI e IX do RGS relativos à Organização Interna e à Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económico, social e ambiental e na Demonstração não financeira no Relatório e Contas
Políticas seguidas pela empresa, resultados e riscos em relação a questões relativas aos trabalhadores, à igualdade entre mulheres e homens e à não discriminação	Pontos VI e IX do RGS relativos à Organização Interna e à Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económico, social e ambiental e na Demonstração não financeira no Relatório e Contas
Políticas seguidas pela empresa, resultados e riscos em relação a questões relativas ao combate à corrupção e tentativas de suborno	Pontos VI e IX do RGS relativos à Organização Interna e à Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económico, social e ambiental e na Demonstração não financeira no Relatório e Contas
Indicadores chave de desempenho	Pontos II, VI e IX do RG relativos à Missão, Objetivos e Políticas e Organização Interna e à Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económico, social e ambiental e na Demonstração não financeira no Relatório e Contas

## ***Anexo 9***

### ***RGS – Quadro Síntese***

**RGS – Quadro Síntese**

	ORIENTAÇÃO	PÁGINA	CUMPRE (S/N/NA)	Observações
<b>I</b>	<b>Síntese</b>			
1.	Menção às alterações mais significativas em matéria de Boas Práticas de Governo Societário adotadas em 2024	6	S	
<b>II</b>	<b>Missão, Objetivos e Políticas</b>			
1.	Indicação da missão e da forma como é prosseguida, assim como a visão e os valores que orientam a empresa			
	a) Indicação da missão e da forma como é prosseguida	9	S	
	b) Indicação da visão que orienta a empresa	11	S	
	c) Indicação dos valores que orientam a empresa	11	S	
2.	Indicação de políticas e linhas de ação desencadeadas no âmbito da estratégia definida, designadamente:			
	a) Objetivos e resultados definidos pelos acionistas relativos ao desenvolvimento da atividade empresarial a alcançar em cada ano e triénio, em especial os económicos e financeiros	12	S	
	b) Grau de cumprimento dos mesmos, assim como a justificação dos desvios verificados e as medidas de correção aplicadas ou a aplicar	15	S	
3.	Indicação dos fatores chave de que dependem os resultados da empresa	18	S	
4.	Evidenciação da atuação em conformidade com as orientações definidas pelos ministérios sectoriais, designadamente as relativas à política sectorial a prosseguir, às orientações específicas a cada empresa, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível de serviço público e prestar pela empresa	18	S	
<b>III</b>	<b>Estrutura de Capital</b>			
1.	Divulgação da estrutura de capital	20	S	
2.	Identificação de eventuais limitações à titularidade e/ou transmissibilidade das ações	20	NA	
3.	Informação sobre a existência de acordos parassociais que sejam do conhecimento da sociedade e possam conduzir a eventuais restrições	20	NA	
<b>IV</b>	<b>Participações Sociais e Obrigações detidas</b>			
1.	Identificação das pessoas singulares (órgãos sociais) e/ou coletivas (Empresa) que, direta ou indiretamente, são titulares de participações qualificadas noutras entidades, com indicação detalhada da percentagem de capital e de votos imputáveis, bem como da fonte e da causa de imputação	21	NA	

ORIENTAÇÃO	PÁGINA	CUMPRE (S/N/NA)	Observações
2. Explicitação da aquisição e alienação de participações sociais, bem como a participação em quaisquer entidades de natureza associativa ou fundacional	21	NA	
3. Indicação sobre o número de ações e obrigações detidas por membros dos órgãos de administração e de fiscalização	21	NA	
4. Informação sobre a existência de relações de natureza comercial entre os titulares de participações e a sociedade	21	NA	
<b>V Órgãos Sociais e Comissões</b>			
<b>A Modelo de Governo</b>			
1. Identificação do modelo de governo adotado	22	S	
<b>B Mesa da Assembleia Geral</b>			
1. Composição da mesa da assembleia geral	22	NA	A ULSSM não tem mesa da assembleia geral.
2. Identificação das deliberações acionistas	22	NA	
<b>C Administração e Supervisão</b>			
1. Indicação das regras estatutárias sobre procedimentos aplicáveis à nomeação e substituição dos membros do Conselho de Administração	23	S	
2. Composição, duração do mandato, número de membros efetivos	23	S	
3. Distinção dos membros executivos e não executivos do CA e identificação dos membros que podem ser considerados independentes	23	S	A ULSSM não tem membros não executivos. cf. resolução CM n.º 82/2019 de
4. Elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do CA	26	S	24/05/2019 e Dec. Lei nº82/23 de 29/12/2023
5. Teor da Declaração de cada um dos membros, de quaisquer participações patrimoniais que detenham na empresa	25	S	
6. Relações familiares, profissionais ou comerciais, habituais e significativas, dos membros do CA, com acionistas a quem seja imputável participação qualificada superior a 2% dos direitos de voto	25	NA	Não são conhecidas.
7. Organogramas ou mapas funcionais relativos à repartição de competências entre os vários órgãos sociais	26	S	

	ORIENTAÇÃO	PÁGINA	CUMPRE (S/N/NA)	Observações
8.	Caracterização do funcionamento do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo, indicando designadamente:			A ULSSM não tem comissões no órgão de adm. ou superv.
	a) Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas;	28	S	
	b) Cargos exercidos em simultâneo em outras entidades, dentro e fora do grupo, e outras atividades relevantes exercidas pelos membros daqueles órgãos no decurso do exercício, apresentados segundo o formato indicado;	29	S	
	c) Órgãos da entidade competentes para realizar a avaliação de desempenho dos administradores executivos e critérios pré-determinados para a avaliação de desempenho dos mesmos;	29	S	Não possui
	d) Comissões existentes no órgão de administração ou supervisão, se aplicável. Identificação das comissões, composição de cada uma delas assim como as suas competências e síntese das atividades desenvolvidas no exercício dessas competências.	30	S	
<b>D. Fiscalização</b>				
	Identificação do órgão de fiscalização correspondente ao modelo adotado e composição,			
1.	indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração do mandato, número de membros efetivos e suplentes.	53	S	
2.	Identificação dos membros da Fiscalização	55	S	
3.	Elementos curriculares relevantes de cada um dos membros.	56	S	
4.	Funcionamento da fiscalização.	56	S	
<b>E. Revisor Oficial de Contas</b>				
1.	Identificação do ROC, SROC.	57	S	
2.	Indicação das limitações, legais.	57	S	
3.	Indicação do número de anos em que a SROC e/ou ROC exerce funções consecutivamente junto da sociedade/grupo.	58	S	
4.	Descrição de outros serviços prestados pelo SROC à sociedade.	58	NA	
<b>F. Conselho Consultivo</b>				
1.	Identificação	59		
<b>G. Auditor Externo</b>				
1.	Identificação.	59	NA	

ORIENTAÇÃO	PÁGINA	CUMPRE (S/N/NA)	Observações
2. Política e periodicidade da rotação.	59	NA	
3. Identificação de trabalhos, distintos dos de auditoria, realizados.	59	NA	A ULSSM não tem auditor externo
4. Indicação do montante da remuneração anual paga.	60	NA	

<b>VI Organização Interna</b>			
<b>A. Estatutos e Comunicações</b>			
1. Alteração dos estatutos da sociedade - Regras aplicáveis	61	S	
2. Comunicação de irregularidades.	61	S	
3. Indicação das políticas, antifraude.	61	S	
<b>B. Controlo interno e gestão de riscos</b>			
1. Informação sobre a existência de um sistema de controlo interno (SCI).	62	S	
2. Pessoas, órgãos ou comissões responsáveis pela auditoria interna e/ou SCI.	63	S	
3. Principais medidas adotadas na política de risco.	65	S	
4. Relações de dependência hierárquica e/ou funcional.	66	S	
5. Outras áreas funcionais com competências no controlo de riscos.	66	S	
6. Identificação dos principais tipos de riscos.	67	S	
7. Descrição do processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação de riscos.	70	S	
8. Elementos do SCI e de gestão de risco implementados na sociedade.	70	S	
<b>C. Regulamentos e Códigos</b>			
1. Referência sumária aos regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a entidade está legalmente obrigada, com apresentação dos aspetos mais relevantes e de maior importância. Indicação do sítio da entidade onde estes elementos se encontram disponíveis para consulta.	71	S	
2. Referência à existência de um código de ética, com a data da última atualização, que contemple exigentes comportamentos éticos e deontológicos.	72	S	
3. Referência à existência do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros), assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação.	73	S	
<b>D. Deveres especiais de informação</b>			
1. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de informação			

ORIENTAÇÃO	PÁGINA	CUMPRE (S/N/NA)	Observações
a) Prestação de garantias financeiras ou assunção de dívidas ou passivos de outras entidades, mesmo nos casos em que assumam organização de grupo;	75	NA	
b) Grau de execução dos objetivos fixados, justificação dos desvios verificados e indicação de medidas de correção aplicadas ou a aplicar;	76	S	
c) Planos de atividades e orçamento, anuais e plurianuais, incluindo os planos de investimento e as fontes de financiamento;	76	S	
d) Orçamento anual e plurianual;	76	S	
e) Documentos anuais de prestação de contas;	76	S	
f) Relatórios trimestrais de execução orçamental acompanhados dos relatórios do órgão de fiscalização.	76	S	
2. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de transparência	76	S	
<b>E. Sítio da Internet</b>			
1. Indicação do(s) endereço(s) e divulgação da informação disponibilizada	77	S	
<b>F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral</b>			
1. Referência ao contrato celebrado	79	S	
Exposição das propostas de contratualização da prestação de serviço público apresentadas			
2. ao titular da função acionista e ao membro do governo responsável pelo respetivo setor de atividade			
a) Associação de metas quantitativas a custos permanentemente auditáveis;	79	S	
b) Modelo de financiamento, prevendo penalizações em caso de incumprimento;	79	S	
c) Critérios de avaliação e revisão contratuais;	80	S	

**VII Remunerações**

**A. Competência para a Determinação**

Indicação quanto à competência para a determinação da remuneração dos órgãos sociais,			
1. dos membros da comissão executiva ou administrador delegado e dos dirigentes da entidade	81	S	
Identificação dos mecanismos adotados para prevenir a existência de conflitos de interesses,			
2. atuais ou potenciais, entre os membros de órgãos ou comissões societárias e a entidade, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas (vide artigo 51.º do RJSPE)	81	S	
Evidenciação ou menção de que resulte inequívoco o cumprimento por parte dos membros			
3. do órgão de administração do que dispõe o artigo 51.º do RJSPE, isto é, de que se abstêm de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas	81	S	

ORIENTAÇÃO	PÁGINA	CUMPRE (S/N/NA)	Observações
<b>B. Comissão de Fixação de Remunerações</b>			
Composição.	82	NA	A ULSSM não tem comissão de fixação de remunerações.
<b>C. Estrutura das Remunerações</b>			
1. Política de remuneração dos órgãos de administração e de fiscalização.	82	S	Aplica-se o estatuto do gestor público.
2. Informação sobre o modo como a remuneração é estruturada.	83	S	n.a.
3. Componente variável da remuneração e critérios de atribuição.	83	NA	Não existe componente variável da remuneração.
4. Diferimento do pagamento da componente variável.	83	NA	n.a.
5. Parâmetros e fundamentos para atribuição de prémio.	84	NA	n.a.
6. Regimes complementares de pensões.	84	NA	
<b>D. Divulgação das Remunerações</b>			
1. Indicação do montante anual da remuneração auferida.	84	S	
2. Montantes pagos, por outras sociedades em relação de domínio ou de grupo.	85	NA	
3. Remuneração paga sob a forma de participação nos lucros e/ou prémios.	85	NA	
4. Indemnizações pagas a ex-administradores executivos.	85	NA	Não foram pagas indemnizações.
5. Indicação do montante anual da remuneração auferida do órgão de fiscalização da sociedade.	86	S	
6. Indicação da remuneração anual da mesa da assembleia geral.	86	NA	
<b>VIII Transações com partes Relacionadas e Outras</b>			
1. Mecanismos implementados para controlo de transações com partes relacionadas.	87	S	
2. Informação sobre outras transações.	87	S	
<b>IX Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económicos, social e ambiental</b>			
1. Estratégias adotadas e grau de cumprimento das metas fixadas.	90	S	
2. Políticas prosseguidas.	90	S	
3. Forma de cumprimento dos princípios inerentes a uma adequada gestão empresarial:			
a) Responsabilidade social;	92	S	
b) Responsabilidade ambiental;	100	S	

ORIENTAÇÃO	PÁGINA	CUMPRE (S/N/NA)	Observações
c) Adoção de planos de igualdade tendentes a alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres;	99	S	
d) Referência a medidas concretas no que respeita ao Princípio da Igualdade do Género;	101	S	
e) Identificação das políticas de recursos humanos definidas pela entidade, as quais devem ser orientadas para a valorização do indivíduo;	101	S	
f) Responsabilidade económica.	101	S	
<b>X   Avaliação do Governo Societário</b>			
1. Cumprimento das Recomendações	103	S	
2. Outras informações	103	S	A ULSSM não tem outras informações a prestar.
<b>XI   Anexos</b>			
1. Justificação dos desvios aos objetivos CP 2023	106		
2. Elementos curriculares dos membros do Conselho de Administração	107		
3. Elementos curriculares dos membros do Conselho Fiscal	121		
4. Distribuição de responsabilidades de tutela de Órgãos, Departamentos, Serviços, Gabinetes e Áreas dos membros do Conselho de Administração.	125		
5. Declarações a que se refere o artigo 52.º do RJSPE.	147		
6. Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o n.º2 do artigo 54.º do RJSPE.	158		
7. Extrato da Ata da Reunião de Conselho de Administração com a aprovação e ratificação, do Relatório e Contas e Relatório do Governo Societário de 2022	160		
8. Demonstrações não financeiras relativas ao exercício de 2023	163		