

Apreciação em Reunião
do Conselho de Administração

ULSAR, E.P.E.

de 04.09.2025

ATA nº 33

C.A.
APROVADO

Ana Teresa Xavier

Ana Teresa Xavier

Presidente do Conselho de Administração

Ana Teresa Xavier

Relatório de Governo Societário

2024



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ARCO RIBEIRINHO

Aprovada em reunião de Conselho de Administração de
Barreiro, 04 de setembro de 2025



Handwritten signature and initials in blue ink.

Índice

I. SÍNTESE (SUMÁRIO EXECUTIVO)	2
II. MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS	3
III. ESTRUTURA DE CAPITAL	11
IV. PARTICIPAÇÕES SOCIAIS E OBRIGAÇÕES DETIDAS	11
V. ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES	12
VI. ORGANIZAÇÃO INTERNA	31
A. ESTATUTOS E COMUNICAÇÕES	31
B. CONTROLO INTERNO E GESTÃO DE RISCOS	32
C. REGULAMENTOS E CÓDIGOS	40
D. DEVERES ESPECIAIS DE INFORMAÇÃO	44
E. SÍTIO DE INTERNET	45
F. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO OU DE INTERESSE GERAL	48
VII. REMUNERAÇÕES.....	49
A. COMPETÊNCIA PARA A DETERMINAÇÃO	49
B. COMISSÃO DE FIXAÇÃO DE REMUNERAÇÕES	50
C. ESTRUTURA DAS REMUNERAÇÕES	50
D. DIVULGAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES	51
VIII. TRANSAÇÕES COM PARTES RELACIONADAS E OUTRAS	53
IX. ANÁLISE DE SUSTENTABILIDADE DA ENTIDADE NOS DOMÍNIOS ECONÓMICOS, SOCIAL E AMBIENTAL	56
X. AVALIAÇÃO DO GOVERNO SOCIETÁRIO	61
XI. ANEXOS DO RGS.....	63



Handwritten signature and initials

I. Síntese (Sumário Executivo)

A publicação do Decreto Lei nº 102/2023, de 7 de novembro procede à criação das Unidades Locais de Saúde com natureza de entidade publica empresarial, com o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE a integrar os Agrupamentos dos Centros de Saúde do Arco Ribeirinho, passando a dignar-se de Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, E.P.E. (ULSAR) segue os princípios e regras aplicáveis às unidades de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde e estatutos estabelecidos pelo Decreto Lei nº 18/2017 de 10 de fevereiro, produzindo os seus efeitos no dia 1 de janeiro de 2024.

A ULSAR, EPE elabora o Relatório do Governo Societário respeitante ao ano de 2024 nos termos definidos no art.º 54 do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro. Para o efeito, respeita-se o guião divulgado pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Sector Público Empresarial.

A Missão, Objetivos e Políticas da ULSAR mantêm-se de acordo com o publicado no Regulamento Interno da Instituição;

O Capital Estatutário da ULSAR, E.P.E. é de 112.733.480,00 €.

Globalmente em 2024, foram cumpridas a maioria das metas e objetivos definidos em sede de contratualização com a Tutela, apresentando uma taxa de cumprimento do Índice de Desempenho Global de 83,1%

Em termos financeiros, a ULSAR, EPE apresentou um resultado líquido negativo de -30,0 M€, acima dos valores contratualizados em sede de Contrato Programa 2024.

A ULSAR adota boas práticas no âmbito do seu objeto de atuação, designadamente no que respeita às políticas de gestão, no seguimento do relatório elaborado no ano transato.

CAPÍTULO II do RUSPE - Práticas de bom governo		Sim	Não	Data
Artigo 43º	Apresentou plano de atividades e orçamento para 2024 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponíveis	X		
	Obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de atividades e orçamento para 2024	X		
Artigo 44º	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 curriculum dos membros dos órgãos sociais, remunerações e outros benefícios	X		
Artigo 45º	Submeteu a informação financeira anual ao Revisor Oficial de Contas, que é responsável pela Certificação Legal das Contas da empresa	X		
Artigo 46º	Elaborou o relatório identificativo de ocorrências, ou risco de ocorrências, associado à prevenção da corrupção, de 2024.		X	
Artigo 47º	Adotou um código de ética e divulgou o documento	X		20/10/2016
Artigo 48º	Tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada	X		11/11/2022
Artigo 49º	Prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiente	X		
Artigo 50º	Implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade	X		03/09/2021
Artigo 51º	Evidenciou 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		
Artigo 52º	Evidenciou 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 JGIF	X		
Artigo 53º	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		(1)	
Artigo 54º	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 RUSPE (boas práticas de governação)		X	

1) - Atento o referido no artigo 54º



Handwritten signature and initials in blue ink.

II. Missão, Objetivos e Políticas

1. Missão, Visão e Valores

A Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, EPE adota as seguintes políticas da instituição:

Missão

A ULSAR tem por Missão assegurar a saúde da comunidade, garantindo o acesso a cuidados de saúde integrados ao longo do ciclo de vida do utente, promovendo a execução local da política de saúde nacional, refletida nos planos estratégicos aprovados e operacionalizada através de contrato programa, assegurar os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde, bem como a intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências.

Tem ainda como missão criar condições de excelência à captação, manutenção e desenvolvimento dos seus colaboradores, participar no ensino e na formação pré e pós-graduada e no desenvolvimento de linhas de investigação clínica.

Visão

A ULSAR pretende ser reconhecida como uma organização de saúde centrada no cidadão e no seu percurso de vida, transformadora na oferta de cuidados de saúde disponibilizados, com diferenciação científica e tecnológica, garantindo equidade no acesso, elevados níveis de segurança, qualidade e satisfação do utente e motivação dos seus colaboradores, assumindo-se como uma instituição de referência na promoção da saúde e bem-estar da população.

Valores

No desenvolvimento da sua atividade, a ULSAR rege-se, entre outros, pelos seguintes princípios:

- a) Humanização e qualidade;
- b) Ética e deontologia profissional;
- c) Trabalho de equipa pluridisciplinar e multiprofissional;
- d) Respeito pela dignidade e segurança das pessoas;
- e) Responsabilidade partilhada na utilização dos recursos disponíveis;
- f) Não discriminação e respeito pelos direitos das pessoas;
- g) Inovação, incorporando os avanços da investigação, da ciência e da tecnologia, com criação de valor;
- h) Compromisso e responsabilidade social.

Objetivos

No cumprimento da missão institucional da ULSAR, a atuação dos seus colaboradores deverá observar a prossecução dos seguintes objetivos:

- a) Promover o acesso aos cuidados de saúde;
- b) Promover a eficácia, segurança e eficiência dos cuidados prestados, num quadro de sustentabilidade económica, financeira e ambiental;
- c) Promover o desenvolvimento dos seus profissionais;
- d) Promover a participação e literacia dos cidadãos.

2. Indicação de políticas e linhas de ação desencadeadas no âmbito da estratégia definida.

- 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;

Para 2024, a ULSAR tem como principais focos de atuação cinco áreas distintas de intervenção:

MIE 1. Cultura organizacional centrada no utente e na valorização dos profissionais

- Promover a marca ULSAR e fortalecer o sistema de comunicação interno e externo
- Promover a valorização e satisfação dos profissionais
- Melhorar a atratividade da Instituição para Profissionais

MIE 2. Acesso, qualidade e ganhos em saúde

- Reorganizar e reforçar a carteira de serviços, incorporando inovação e proximidade
- Expandir e requalificar as unidades de saúde
- Reforçar a ambulatorização de cuidados e generalizar as respostas domiciliárias
- Garantir a execução de medidas delineadas no Plano Nacional/Regional/Local de Saúde

MIE 3. Modelo Integrado de prestação de cuidados de saúde

- Modelar adequadamente o acesso dos utentes aos diferentes níveis de cuidados
- Melhorar a integração dos diferentes níveis de cuidados ao longo do ciclo de vida do utente
- Reforçar respostas no âmbito da transição digital na saúde
- Assegurar a integração e interoperabilidade dos sistemas de informação de apoio à gestão e à atividade clínica

MIE 4. Melhorar a eficiência e garantir a sustentabilidade

- Implementar modelos de organização sustentáveis
- Generalizar práticas e metodologias de contratualização interna
- Rentabilizar os recursos e potenciar sinergias
- Incrementar, reorganizar e rentabilizar a oferta de MCDT
- Criar Observatório de Saúde Pública

MIE 5. Investigação, inovação e formação



Handwritten signature and initials

- Reforçar a atividade de investigação
- Potenciar o recurso a fontes de financiamento
- Investir em formação

O mapa seguinte representa o acompanhamento dos objetivos na componente de “Produção Total”, sendo também apresentada a componente de execução da produção realizada ao abrigo do Contrato-Programa para 2024.

Linha de Atividade	Produção Total						Realizado 2023 (Dezembro prov.)	Contrato Programa 2024
	Ano		Var %	Objetivo mensualizado	Desvio Face ao CP			
	2023	2024			Valor	%		
	[1]	[2]	[(1)-(2)]/[2]*100	[(1)-(3)]/3*100	5	[(4)-(5)]/5*100	[7]	[8]
Atividade CSP								
Consultas	559.243	576.050	3,0%	583.077	-7.027	-1,2%	545.303	583.077
Nº Consultas Médicas Presenciais (CSP)	340.247	352.328	3,6%	359.462	-7.134	-2,0%	332.651	359.462
Nº Consultas Médicas Não Presenciais (CSP)	218.996	223.722	2,2%	223.615	107	0,0%	212.652	223.615
Serviços Domiciliários	15.220	17.642	15,9%	15.050	2.592	17,2%	14.332	15.050
Nº Visitas Domiciliárias Médicas (CSP)	1.982	2.130	7,5%	2.100	30	1,4%	1.983	2.100
Nº Visitas Domiciliárias Enfermagem (CSP)	13.238	15.512	17,2%	12.950	2.562	19,8%	12.349	12.950
Outras Consultas por Pessoal não Médico	297.189	326.626	9,9%	374.427	-47.801	-12,8%	322.626	374.427
Nº Consultas de Enfermagem (CSP)	280.413	306.051	9,1%	357.701	-51.650	-14,4%	305.850	357.701
Nº Consultas de Outros Profissionais (CSP)	16.776	20.575	22,6%	16.726	349	23,0%	16.776	16.726
Consultas Externas Hospitalares								
Primeiras Consultas	40.560	41.238	1,7%	43.901	-2.663	-6,1%	41.774	43.901
Primeiras Consultas com referênciação dos CSP	12.389	14.503	17,1%	13.700	803	5,9%	12.862	13.700
Consultas Subsequentes	122.327	118.514	-3,1%	126.518	-8.004	-6,3%	126.922	126.518
Total Consultas Médicas	162.887	159.752	-1,9%	170.419	-10.667	-6,3%	168.696	170.419
Taxa de Acessibilidade	24,9%	25,8%	3,7%	25,8%	0,0	0,2%	24,8%	25,8%
Internamento								
Doentes Saldos (com berçário)	13.800	12.847	-6,9%	13.824	-977	-7,1%	13.743	13.824
GDH's Médicos	9.650	9.272	-3,9%	9.940	-668	-6,7%	10.023	9.940
GDH's Cirúrgicos Programados	1.928	1.741	-9,7%	1.889	-148	-7,8%	1.849	1.889
GDH's Cirúrgicos Urgentes	1.971	1.834	-7,0%	1.995	-161	-8,1%	1.860	1.995
Atividade cirúrgica - Doentes Intervencionados	7.500	7.539	0,5%				7.499	
Atividade cirúrgica convencional (base+adicional)	2.587	2.405	-7,0%				2.499	
Atividade cirúrgica ambulatória (base+adicional)	3.571	3.888	8,9%				3.626	
Atividade cirúrgica urgente	1.342	1.246	-7,2%				1.374	
Atividade de Ambulatório	9.211	9.463	2,7%	9.428	35	0,4%	8.818	9.428
GDH's Médicos Ambulatório	6.007	6.100	1,5%	6.086	14	0,2%	5.517	6.086
GDH's Cirurgicos Ambulatório	3.204	3.363	5,0%	3.342	21	0,6%	3.301	3.342
Hospitais de Dia (sessões)	23.416	23.542	0,5%	24.001	-459	-1,9%	22.202	24.001
Imunohemoterapia	1.204	982	-18,4%	1.268	-286	-22,6%	1.398	1.268
Psiquiatria	4.160	4.738	13,9%	4.308	430	10,0%	3.542	4.308
Outros	18.052	17.822	-1,3%	18.425	-603	-3,3%	17.262	18.425
Radioterapia	18.336	22.830	24,5%	21.487	1.343	6,3%	21.243	21.487
Tratamentos Simples	3.848	2.694	-30,0%	5.445	-2.751	-50,5%	7.090	5.445
Tratamentos Complexos	14.488	20.136	39,0%	16.042	4.094	25,5%	14.153	16.042
Visitas Domiciliárias	142	142	0,0%	144	-2	-1,3%	126	144
Hospitalização Domiciliária	571	589	3,2%	730	-141	-19,3%	512	730
Total Episódios de Urgência	156.899	144.306	-8,0%	155.518	-11.212	-7,2%	155.246	155.518
Urgência Médico-Cirúrgica	123.842	110.464	-10,8%	123.168	-12.704	-10,3%	125.508	123.168
Urgência Básica	33.057	33.842	2,4%	32.349	1.493	4,6%	29.738	32.349
Episódios de Urgência (sem internamento)	147.646	135.640	-8,1%	144.197	-8.557	-5,9%	145.879	144.197
Urgência Médico-Cirúrgica	114.651	101.846	-11,2%	114.177	-12.331	-10,8%	116.214	114.177
Urgência Básica	32.995	33.794	2,4%	30.020	3.774	12,6%	29.665	30.020
Programas de Saúde								
VIIH/Sida - Total de Doentes Equiv.	975,4	1.051,3	7,8%				859	
IVG até 10 Semanas	490	551	12,4%				445	
Esclerose Múltipla - Total de Doentes Equiv.	54,7	65,3	19%				55,6	
Hepatite C - Doentes Tratados (indivíduos)	51	38	-25%				61	
PSCI - Total de Doentes Equiv.	81,9	98,6	20,3%				85,2	
Rastreio do Cancro do Cólon e Reto	31	59	90,3%				21	740



Handwritten signature and initials.

Consulta Externa

No âmbito da prestação de cuidados de saúde primário, 2024 foi um ano de aumento em todas as linhas de atividade de consulta, com as consultas médicas a aumentarem 3,0%, as consultas de pessoal não médico a aumentar 9,9% e a atividade prestada no domicílio a aumentar 15,9%.

No que diz respeito à atividade desenvolvida em contexto hospitalar, as consultas Médicas, em 2024, verificou uma redução da atividade face ao ano 2023, tendo sido realizadas 159.752 consultas, das quais 41.238 primeiras consultas e 118.514 consultas subsequentes. Com este volume de consultas realizadas, foi possível ficar a taxa de acessibilidade em 25,8%.

Procedendo-se a uma comparação da atividade realizada, com os objetivos consensualizados para o Contrato-Programa de 2024, verifica-se que as consultas externas apresentam um desvio global de -6,3%. As primeiras consultas são as que mais se afastam do objetivo definido, com uma variação de -6,1%, traduzindo-se na realização de menos 2.663 consultas face ao previsto. A variação das consultas subsequentes é de -6,3%, representando menos 8.004 consultas realizadas. Nesta sequência a Taxa de acessibilidade apresenta-se em linha com o previsto.

Internamento

Relativamente ao internamento, no ano de 2024, verificou uma redução no número de doentes saídos face ao ano 2023. Assim, a Unidade Local de Saúde apresentou um total de 13.076 doentes saídos, menos 724 doentes do que em 2023.

Em termos globais, no ano de 2024, a ULSAR praticou uma lotação média de 356 camas, acrescida de 25 berços, registando uma taxa de ocupação de 92,0% (sem Berçário), o que se traduziu em 11.748 doentes saídos (sem transferências internas), acrescidos de 1.328 altas do Berçário.

Tendo em consideração os valores previstos para o CP 2024 e os valores estimados para cada tipologia de GDH, tendo por base a atividade codificada, regista-se um desvio negativo nos GDH Médicos de -6,71% e nos GDH Cirúrgicos Programados de -7,8%.

A hospitalização domiciliária, enquanto modelo de prestação de cuidados em casa, afigura-se como uma alternativa ao internamento convencional, proporcionando assistência contínua e coordenada aos cidadãos que, requerendo admissão hospitalar para internamento, cumpram um conjunto de critérios clínicos, sociais e geográficos que permitem a sua hospitalização no domicílio, sob a responsabilidade dos profissionais de saúde que constituem a Unidade de Hospitalização Domiciliária, com a concordância do cidadão e da sua família.

Assim, até final de dezembro de 2024 registaram-se 589 doentes saídos, com uma demora média de 10,1 dias de internamento.

Atividade Cirúrgica

No ano de 2024 foram intervencionados na ULSAR 7.539 doentes, dos quais 2.405 em cirurgia convencional, 3.888 em cirurgia do ambulatório e 1.246 em urgência. Constata-se assim, que dos 6.293 doentes intervencionados em atividade programada, 62% efetuaram cirurgia em ambulatório.

Durante o ano 2024, a ULSAR manteve as estratégias de rentabilização do bloco operatório e de eficiência dos serviços cirúrgicos, permitindo que, em 2024, se tenha verificado um incremento de 2,2 % da atividade cirúrgica programada por comparação com o período homólogo. Quando se analisa a



Assinatura
[Assinatura]

Cirurgia de Ambulatório verifica-se um aumento de 8,9%, enquanto na Cirurgia Convencional apresentou uma redução de -7,0%.

No que respeita à atividade cirúrgica urgente, esta apresenta uma redução no período, por comparação com o período homólogo, traduzindo-se em menos 96 doentes operados por admissão urgente.

Hospitais de Dia

Durante o ano 2024 foi possível verificar um incremento global da produção de cerca de 0,5% no número de sessões, resultando na realização de 23.542 sessões enquadráveis nesta linha de produção, das quais, 4.738 de Psiquiatria (inclui Pedopsiquiatria), 983 de Imunohemoterapia e 17.822 na linha de Outros Hospitais de Dia.

Se tivermos em consideração os objetivos previstos para o CP 2024, verificamos que a atividade desta linha de produção apresenta uma variação negativa em todas as suas tipologias com exceção das sessões de psiquiatria. Em termos globais a variação traduz-se na realização de menos 459 sessões de HDI face ao previsto.

No que diz respeito aos tratamentos de radioterapia, o ano de 2024, verificou-se um aumento expressivo de atividade quando comparado com o ano de 2023. Em 2024 foram realizados mais 4.494 tratamentos do que no ano anterior e mais 1.343 acima do valor contratualizado.

Para além da realização dos tratamentos o Serviço de Radioterapia mantém a realização de consultas de decisão terapêutica, sempre que possível, nos hospitais de origem com a presença de radio-oncologista da ULSAR, ou através de teleconsulta.

GDH's Médicos de Ambulatório e GDH's Cirúrgicos de Ambulatório

Considerando todos os episódios registados em SIMH¹, observa-se um acréscimo dos GDH's Médicos de ambulatório no ano de 2024 em 1,5% (93 GDH's Médicos) face ao período homólogo, e assim, mais 0,2% se tivermos em consideração o objetivo definido para o CP 2023, o que representa a realização de mais 14 GDH's Médicos de ambulatório face ao previsto.

A atividade cirúrgica em ambulatório, considerando o nível de codificação dos episódios de cirurgia de ambulatório realizados em 2024, revela um aumento de 5,0% (+159 GDH's), face aos valores do ano anterior. Comparativamente com a previsão para o CP 2024 observa-se um desvio de +0,6%, que representa mais 21 GDH's cirúrgicos de ambulatório realizados face ao objetivo previsto.

Urgências

Em 2024, verifica-se que a atividade da Urgência Médico-Cirúrgica apresentou níveis de procura inferiores ao observado no ano 2023 em cerca de -8,0%, com a Urgência Básica a registar, por outro lado, um incremento da sua atividade em +2,4%. Em termos globais observa-se a realização de menos 12.593 episódios de urgência (-8,0%) no ano 2024, por comparação com o período homólogo. A Urgência Médico-Cirúrgica regista 110.464 episódios no ano de 2024.

No que diz respeito aos episódios de urgência sem internamento estes verificaram, em 2024, uma redução face ao período homólogo (-8,1%) atingindo um total de 144.306 episódios.

No que respeita ao Contrato Programa 2024, podemos verificar que a atividade realizada se apresenta inferior à contratualizada. Assim, apura-se um desvio global de -7,2%, representando menos 11.212

episódios de urgência. Relativamente ao número de episódios de urgência sem internamento, verifica-se também um desvio negativo de -5,9% que se traduz em menos 8.557 episódios realizados face aos previstos para 2024.

Programas de Saúde

A ULSAR conta na sua carteira de serviços com a prestação de cuidados no âmbito de diversos programas de saúde como:

- **Programa apoio hospitalar aos rastreios base populacional: cancro cólon e reto:**
No âmbito deste programa de saúde, a ULSAR realizou rastreio a 59 doentes referenciados pelos Cuidados de Saúde Primários, um valor que representa um aumento de 90% face à atividade do ano de 2023.
- **Programa para interrupção voluntária da gravidez (IVG):**
Em 2024 verificou-se a realização de um total de 551 IVG, representando uma variação de cerca de 12,4% (+61 IVG) face ao ano 2023.
- **Prestação de cuidados a pessoas a viver com patologias crónicas:**
 - Programa de tratamento de doentes com dispositivos PSCI;
O número de doentes equivalentes em seguimento com Dispositivos PSCI registou um aumento de 20,3% em 2024, face ao período homólogo, o que se traduziu em +17 doentes equivalentes.
 - Programa de tratamento ambulatorio de pessoas portadoras de infeção pelo vírus hepatite C;
Em 2024, foi possível tratar 38 doentes portadores de hepatite C, representando uma redução de 25% (-13 doentes) face ao período homólogo.
 - Programa de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção VIH/SIDA;
O número de doentes acompanhados no âmbito do programa de tratamento do VIH/SIDA, em 2023 verificou um aumento de cerca de 7,8% (+76 doentes equivalentes) face ao período homólogo, fixando-se num total de 1051 doentes equivalentes.
 - Programa de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com Esclerose Múltipla.
O número de doentes com Esclerose Múltipla em tratamento ambulatorio apresentou um aumento de cerca de 19% (+11 doentes equivalentes) face ao período homólogo, fixando-se num total de 65 doentes equivalentes.

Contrato Programa 2024

Em 2024, com a criação das ULS, foi adotado um novo modelo de financiamento que tem por base uma capita por utente inscrito nos cuidados de saúde primários. Com este novo modelo deixa de haver uma ligação direta entre cada ato contratualizado e o financiamento da instituição, como até agora.

Ainda assim, é possível verificar que na maioria das linhas de prestação a atividade realizada em 2024 encontra-se em linhas gerais com o contratualizado. É exceção a este alinhamento o número de doentes saídos que ficou cerca de 7% abaixo do objetivo definido. Destaque ainda para a dimensão dos rastreios, cujo objetivo é definido em linha com o número de utentes inscritos e com a prevalência estimada para 2024.



Handwritten signature

Handwritten initials

	Quantidade Contratada	Quantidade Produzida	Diferença	Taxa de Execução
Cuidados Primários				
1. Consultas				
Nº consultas médicas presenciais	359.462,00	352.143,00	- 7.319,00	98%
Nº consultas médicas não presenciais	223.615,00	223.674,00	59,00	100%
Total das consultas médicas CSP	583.077,00	575.817,00	- 7.260,00	98,8%
2. Total das consultas médicas CSP				
Nº visitas domiciliárias médicas	2.100,00	2.130,00	30,00	101,4%
Nº visitas domiciliárias de enfermagem	12.950,00	15.512,00	2.562,00	119,8%
Total Serviços domiciliários CSP	15.050,00	17.642,00	2.592,00	117,2%
3. Outras Consultas por Pessoal não Médico				
Nº consultas de enfermagem	357.701,00	305.950,00	- 51.751,00	85,5%
Nº consultas de outros profissionais	16.726,00	20.569,00	3.843,00	123%
Total consultas por pessoal não médico CSP	374.427,00	326.519,00	- 47.908,00	87,2%
Cuidados Hospitalares				
1. Consultas Externas:				
Nº de 1ªs consultas médicas	29.731,46	26.393,00	- 3.338,00	88,8%
Nº de 1ªs consultas referenciadas (CTH)	13.661,00	14.462,00	801,00	105,9%
Nº de 1ªs consultas descentralizadas	100,00	0,00	- 100,00	0%
Nº de consultas subsequentes médicas	121.886,58	117.795,00	- 4.092,00	96,6%
Nº de consultas subsequentes descentralizadas	300,00	0,00	- 300,00	0%
Total das consultas médicas	165.679,04	158.650,00	- 7.029,00	95,8%
2. Internamento:				
Doentes Saídos				
GDH Médicos	9.635,00	9.028,00	- 607,00	93,7%
GDH Cirúrgicos	1.884,00	1.723,00	- 161,00	91,5%
GDH Cirúrgicos Urgentes	1.916,00	1.751,00	- 165,00	91,4%
Total GDH Internamento	13.435,00	12.502,00	- 933,00	93,1%
3. Episódios de GDH de Ambulatório:				
GDH Cirúrgicos	3.342,00	3.382,00	40,00	101,2%
GDH Médicos	713,00	707,00	- 6,00	99,2%
Total GDH de Ambulatório	4.055,00	4.089,00	34,00	100,8%
4. Urgências:				
Atendimentos SU - Polivalente				
Atendimentos SU - Médico - Cirúrgica	105.714,00	92.251,00	- 13.463,00	87,3%
Atendimentos SU - Básica	27.558,00	30.819,00	3.261,00	111,8%
Total de Urgências	133.272,00	123.070,00	- 10.202,00	92,3%
5. Sessões em Hospital de Dia:				
Base	18.313,00	17.287,00	- 1.026,00	94,4%
Hematologia / Imuno-hemoterapia	1.255,00	977,00	- 278,00	77,8%
Psiquiatria (Unidades Sócio-Ocupacionais)	4.308,00	4.748,00	440,00	110,2%
Total do Hospital de Dia	23.876,00	23.012,00	- 864,00	96,4%
6. Rastreios - Nº de Rastreios				
Rastreios do Cancro da Mama	17,00	0,00	- 17,00	0%
Rastreio do Cancro do Colo do Útero	0,00	0,00	0,00	
Rastreio do Cancro do Colon e Reto	740,00	59,00	- 681,00	8%
Rastreio da Retinopatia Visual	332,00	0,00	- 332,00	0%
Rastreio Visual Infantil	0,00	0,00	0,00	
Total de Rastreios	1.089,00	59,00	- 1.030,00	5,4%
7. Sessões de Radioncologia				
Tratamentos Simples	5.445,00	2.566,00	- 2.879,00	47,1%
Tratamentos Complexos	16.042,00	20.021,00	3.979,00	124,8%
Total de Radioncologia	21.487,00	22.587,00	1.100,00	105,1%
8. Sessões de Quimioterapia				
Sessões de Quimioterapia	5.371,00	5.315,00	- 56,00	99%
9. Serviços Domiciliários				
Consultas Domiciliárias	144,00	142,00	- 2,00	98,6%
Hospitalização Domiciliária	730,00	589,00	- 141,00	80,7%
Total Serviços Domiciliários	874,00	731,00	- 143,00	83,6%

Em conformidade com os anos anteriores o Contrato Programa do ano 2024 integra uma listagem de indicadores assistenciais, de qualidade e de eficiência económico-financeira, que a ULSAR deve cumprir



Rauney
tz
R

para efetivo financiamento dos incentivos institucionais no montante de 11.615.167,29 €. De acordo com as indicações da ACSS foram contabilizados 98% deste valor, ou seja, 11.382.863,94 €.

Considerando os indicadores e metas contratualizadas para o ano de 2024, e os valores disponibilizados em SICA até à data, apurou-se uma execução de 83% dos objetivos contratualizados, o que se traduz na atribuição de um montante de incentivos de 9.653.075,20 €, conforme se detalha no quadro seguinte. Dá-se nota que, e considerando que não foram contratualizadas metas para os indicadores de eficiência, para a estimativa destes indicadores foi considerado um cumprimento de 100%.

Objetivos	2024			2024		2023	
	Meta	Real	Grau de Cumprimento (%)	Grau de Cumprimento Ajustado (%)	Índice de Desempenho	Real	Var 2024/2023
Objetivos Nacionais							
A. Acesso					31,8		
A.1. Índice de Desempenho* da Sub-área Acesso	60,0	248,7	414,5%	120,0%	18,0		
A.2. Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do	51,0	45,9	90,0%	90,0%	6,8	42,0	3,9
A.3. Percentagem de utentes em Lista de Inscrição para Cirurgia (LIC), dentro do	74,0	69,6	94,3%	94,3%	7,1	66,9	2,8
B. Qualidade					26,1		
B.1 Índice de Desempenho* da Sub-área Gestão da Saúde	53,0	223,6	421,9%	120,0%	6,0		
B.2 Índice de Desempenho* da Sub-área Gestão da Doença	60,0	253	421,7%	120,0%	6,0		
B.3 Índice de Desempenho* da Sub-área Qualificação da Prescrição	61,0	245	401,6%	120,0%	6,0		
B.4 Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de	2,8	3,6	63,3%	63,3%	1,3	4,8	-1,0
B.5 Percentagem de cirurgias em ambulatório, para procedimentos	9,0	14,0	155,5%	120,0%	2,4	5,3	8,7
B.6 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	31,0	18,9	61,1%	61,1%	1,2	17,8	1,1
B.7 Demora média ajustada	1,0100	1,1099	90,1%	90,1%	1,8	1,1356	0,0
B.8 Demora média antes da cirurgia	0,65	0,85	68,6%	68,6%	1,4	0,9	-0,1
B.10 Número de ensaios clínicos iniciados no ano	1		0,0%	0,0%	0,0		
B.11 Percentagem de doentes saídos em hospitalização domiciliária (GDH) no total	5,0	0,95	18,9%	0,0%	0,0	0,9	0,1
B.12 Percentagem de consultas hospitalares descentralizadas, domiciliárias e de	0,5	0,0	0,9%	0,0%	0,0	0,0	0,0
C. Eficiência					15,0		
C.1. Gastos operacionais por Insritos		945,0			0,0		
C.2. Doente padrão por médico ETC		59,5			0,0	76,1	-16,6
C.3. Doente padrão por enfermeiro ETC		30,4			0,0	32,7	-2,2
C.4 Percentagem dos gastos com trabalho extraordinário, suplementos e		56,7			0,0	53,1	3,6
C.5 EBITDA		-26.880.906,3			0,0	-18.414.738,3	-8.466.168,0
D. Integração de Cuidados					10,2		
D.1 Resolutividade em doença aguda dos CSP	55,0	55,7	101,3%	101,3%	3,0		
D.2 Percentagem de população rastreada no Rastreio do Cancro do Colo do		44,6			0,0	39,2	5,4
D.3 Percentagem de população rastreada no Rastreio do Cancro do Cólon e Reto		49,4			0,0	44,3	5,1
D.4 Percentagem de utilizadores frequentes do SU (> 4 episódios no ano)	4,0	1,7	156,6%	120,0%	3,6	4,0	-2,3
D.5 Percentagem de episódios triados com cor verde, azul ou branca no SU	43,0	47,5	89,6%	89,6%	3,6	46,6	0,9
D.6 Taxa de internamento para amputação de membro inferior em pessoas com					0,0		
D.7 Taxa de internamentos evitáveis na população adulta (ajustada para uma					0,0		
D.8 Proporção de consultas de psicologia, nutrição e medicina dentária							
Índice de Desempenho Global <= 100% (7% CP)					83,1		
Valores Incentivos Contratados					11.615.167,3		
Valores Incentivos Realizados					9.653.075,2		

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

Os resultados da ULS estão diretamente relacionados com a atividade assistencial prestada, nomeadamente na capacidade de resposta aos utentes inscritos na nossa entidade e na capacidade de alargar o âmbito da prestação de saúde a outros utentes.

Para 2024, os objetivos traçados para o ano apontavam no sentido de se continuar a recuperar atividade cirúrgica, ambulatoria e convencional, consultas externas, nomeadamente as primeiras consultas e referenciadas pelos Cuidados de Saúde Primários. Continuou a ser aposta o recurso à atividade adicional cirúrgica, no cumprimento das disposições legais, no sentido de reduzir listas de espera e evitar a saída de doentes para o exterior no âmbito do SIGIC. Igualmente, foi dada particular atenção às primeiras consultas, para garantir um maior acesso aos utentes.

Relativamente ao funcionamento do Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, o ano de 2024 ficou marcado pelo funcionamento deste serviço com encerramentos programados, por escassez de recursos humanos médicos, com natural impacto ao nível da atividade.



Handwritten signature and initials.

4. Evidência da atuação em conformidade com as orientações definidas pelos ministérios setoriais, designadamente as relativas à política setorial a prosseguir, às orientações específicas a cada entidade, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível de serviço público a prestar pela empresa.

É política da Unidade Local de Saúde estabelecer um compromisso sério entre a prestação de cuidados de saúde de qualidade e a garantia da sustentabilidade económica e financeira, num ambiente de dinâmica da economia portuguesa alinhada com as expectativas dos profissionais e utentes em melhorar a prestação de cuidados.

O ano de 2024 foi fortemente impactado pela publicação do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que procedeu à reestruturação das entidades públicas empresariais, integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), adotando-se o modelo de organização e funcionamento em unidades locais de saúde (ULS), criando, entre outras, a Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, E. P. E., que integra o Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, E. P. E. e o Agrupamento de Centros de Saúde Arco Ribeirinho;

III. Estrutura de Capital

1. Divulgação da estrutura de capital, incluindo indicação das diferentes categorias de ações, direitos e deveres inerentes às mesmas e percentagem de capital que cada categoria representa.

A Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, EPE é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com um Capital Estatutário atual de € 112.733.480,00, totalmente detido pelo Estado e é aumentado ou reduzido por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e saúde.

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

O Capital é detido a 100% pelo Estado, não estando o mesmo repartido por ações.

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

O Capital é detido a 100% pelo Estado, não estando o mesmo repartido por ações.

IV. Participações Sociais e Obrigações detidas

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

A ULSAR não detém qualquer participação noutras sociedades.

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

A ULSAR enquanto instituição prestadora de cuidados de saúde detém uma participação como associado nos Serviços de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH), com uma quota mensal de 250 €. Não detém outras participações.

3. Indicação do número de ações e obrigações detidas por membros dos órgãos de administração e de fiscalização, quando aplicável nos termos do n.º 5 do artigo 447.º do CSC.

Os membros do órgão de administração e de fiscalização não detêm ações e obrigações.

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

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

V. Órgãos Sociais e Comissões

A. Modelo de Governo

1. Identificação do modelo de governo adotado

De acordo com o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, são órgãos sociais da ULS, o Conselho de Administração, o Conselho Fiscal e o Conselho Consultivo, cuja composição, mandato e competências são reguladas pelo referido diploma.

Nos termos do disposto no referido Estatuto, o Conselho de Administração é composto pelo Presidente e quatro Vogais, que exercem funções executivas, sendo um dos membros o Diretor Clínico e o outro Enfermeiro-Diretor.

O mandato dos membros do conselho de Administração tem a duração de três anos e é renovável, até ao máximo de três renovações consecutivas, nos termos do estatuto do SNS, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo da renúncia a que houver lugar.

Além dos órgãos de administração, os hospitais contam ainda com os órgãos de apoio técnico, de fiscalização, de consulta e de auditoria.

O Conselho Fiscal é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial da ULS.

O Revisor Oficial de Contas é 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 por uma única vez. Compete ao revisor oficial de contas o dever de proceder a todos os exames e verificações necessários à revisão e certificação legais das contas.

O Serviço de Auditoria Interna tem como missão verificar a existência, o funcionamento e a eficácia do modelo de controlo dos riscos de gestão e dos sistemas de controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, através de um acompanhamento objetivo, independente, sistemático e contínuo.

O Conselho Consultivo tem como competências apreciar os planos de atividade de natureza anual e plurianual e as informações que tiver por necessárias para o acompanhamento da atividade do Hospital,



Kaier
[Signature]

bem como emitir recomendações, tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis.

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 entidade deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).**

De acordo com os estatutos dos Hospitais E.P.E., a ULSAR não dispõe de Assembleia Geral.

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.**

De acordo com os estatutos dos Hospitais E.P.E., a ULSAR não dispõe de Assembleia Geral.

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.**

Nos termos estatutários e legais, a nomeação dos membros do Conselho de Administração é feita mediante resolução do Conselho de Ministros, devidamente fundamentada e publicada no Diário da República, juntamente com uma nota relativa ao currículo académico e profissional do designado, sob proposta dos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e pelo respetivo sector de atividade.

Nos termos do ponto anterior, o Conselho de Administração tem a composição definida no regime jurídico e estatutos dos hospitais e centros hospitalares de natureza empresarial, integrados no SNS.

O Conselho de Administração em funções, foi nomeado pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 50/2025 de 10 de março, (Diário da República, 1ª Série n.º 53 de 17 de março de 2025), por um mandato de três anos, renovável uma única vez, na qual estão publicitadas as sinopses curriculares dos respetivos membros.

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.**

O Conselho de Administração é composto pelo Presidente e um máximo de cinco Vogais, que exercem funções executivas, incluindo o Diretor Clínico para CSH, o Diretor Clínico para CSP e o Enfermeiro Diretor.

Para além das competências próprias do Conselho de Administração previstas no artigo 71.º do Estatuto do SNS, das específicas do Presidente do Conselho de Administração, do Diretor Clínico e do Enfermeiro Diretor, previstas, respetivamente, nos artigos 72.º, 73.º e 74.º do referido Estatuto, a cada um dos membros do Conselho de Administração foi atribuída a responsabilidade de pelouros, através de



[Handwritten signature]
[Handwritten initials]

delegação de competências, publicadas em Diário da República, 2ª série, n.º 67 de 4 de abril de 2025, mediante Deliberação n.º 503/2025.

3. Caracterização da composição, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão, com indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração estatutária do mandato, número de 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 entidade deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).

Na Presidente do Conselho de Administração, Dr.ª Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier, para além das competências próprias e da coordenação genérica de todas as áreas, a coordenação da Comissão de Catástrofe e de Emergência, da Comissão de Segurança contra Incêndios, da Comissão de Acompanhamento da Prevenção da Corrupção, do Serviço de Recursos Humanos, do Gabinete Jurídico, do Gabinete de Comunicação e Imagem e do Serviço de Auditoria Interna.

Na Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde hospitalares e Vogal Executiva do Conselho de Administração, Dra. Elisabete Maria Farias Gonçalves, para além das competências próprias inerentes à direção médica e à governação clínica nos serviços, departamentos, unidades de ação médica e de diagnóstico e terapêutica, Comissão de Ética, Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA), Comissão de Higiene e Segurança no Trabalho, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Coordenação Oncológica, Comissão Técnica de Certificação de Interrupção da Gravidez, Comissão Médica, Comissão Local de Informatização Clínica, Direção Internato Médico, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Equipa de Gestão de Altas, Equipa de Gestão de Camas, Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, Equipa de Trauma, Equipa da Unidade Coordenadora Funcional da Saúde Materna e Neonatal, Equipa de Suporte Intra-Hospitalar em Cuidados Paliativos, Grupo Coordenador Institucional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho, Comissão de Hemoderivados, Comissão de Antimicrobianos, Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, a coordenação do Serviço de Saúde Ocupacional, do Serviço de Farmácia, Unidade de Psicologia, Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica, Unidade de Investigação Clínica, Serviço de Gestão de Doentes e Serviço Espiritual e Religioso.

No Enfermeiro Diretor e Vogal Executivo do Conselho de Administração, Enf. José Filipe Fernandes Nunes, para além das competências próprias que compreendem a direção técnica da atividade de enfermagem, a gestão dos enfermeiros e assistentes operacionais em funções nos serviços assistenciais, a coordenação da Direção de Enfermagem, do Serviço Hoteleiro, do Serviço de Esterilização, da Academia de Formação, do Gabinete de Gestão da Qualidade, Equipa de Prevenção da Violência em Adultos, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço Social e Comissão de Normalização de Produtos e Equipamentos.

No Vogal Executivo do Conselho de Administração, Dr. Fernando Joaquim Domingos Cerqueira Galvão, a coordenação dos Serviços Financeiros, do Serviço de Instalações e Equipamentos, do Serviço de Sistemas de Informação, do Serviço de Aprovisionamento e do Gabinete de Planeamento e Controlo.

A Presidente do Conselho de Administração, nas suas faltas e impedimentos, será substituída pelo Vogal Executivo, Dr. Fernando Joaquim Domingos Cerqueira Galvão. Nos termos do disposto no artigo 46.º do Código do Procedimento Administrativo, os membros do Conselho de Administração estão autorizados



Handwritten signature and initials

a subdelegar as competências acima delegadas no pessoal dirigente ou de chefia que deles diretamente dependa.

No que concerne ao modo de funcionamento do Conselho de Administração, nos termos dos referidos Estatutos, bem como do Regulamento Interno do ULSAR, aquele reúne semanalmente e sempre que convocado pelo Presidente, ou por solicitação de dois dos seus membros, ou do Conselho Fiscal, através do Presidente. Compete ainda ao Presidente a convocação das reuniões extraordinárias, sendo a isso obrigado desde que, pelo menos dois dos seus membros lhe solicitem, indicando o assunto que desejem ver tratado.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (atual)						
Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação		Remuneração	
			Doc.	Data	(Empresa Pagadora)	O/D
18/03/2025 a 31/12/2027	Presidente	Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	Resolução Conselho de Ministros nº 50/2025	10/03/2025	ULSAR	O
18/03/2025 a 31/12/2027	Vogal	Fernando Joaquim Domingos Cerqueira Galvão	Resolução Conselho de Ministros nº 50/2025	10/03/2025	ULSAR	D
18/03/2025 a 31/12/2027	Directora Clínica	Elisabete Maria Farias Gonçalves	Resolução Conselho de Ministros nº 50/2025	10/03/2025	ULSAR	O
18/03/2025 a 31/12/2027	Enfº Diretor	José Filipe Fernandes Nunes	Resolução Conselho de Ministros nº 50/2025	10/03/2025	ULSAR	D

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (até 17 de março de 2025)						
Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação		Remuneração	
			Doc.	Data	(Empresa Pagadora)	O/D
26/07/2022 a 31/12/2024	Presidente	Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro	Despacho nº 9052/2022	20/07/2022	ULSAR	D
26/07/2022 a 31/12/2024	Vogal	Miguel Ângelo Madeira Rodrigues	Despacho nº 9052/2022	20/07/2022	ULSAR	D
26/07/2022 a 31/12/2024	Vogal	Jorge Manuel da Silva Pinto	Despacho nº 9052/2022	20/07/2022	ULSAR	D
26/07/2022 a 31/12/2024	Directora Clínica CSH	Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	Despacho nº 9052/2022	20/07/2022	ULSAR	O
26/07/2022 a 31/12/2024	Enfº Diretor	José Filipe Fernandes Nunes	Despacho nº 9052/2022	20/07/2022	ULSAR	D
26/07/2022 a 31/12/2024	Directora Clínica CSP	Anabela Domingues Pires Ribeiro Martins			ULSAR	O

Número estatutário mínimo e máximo de membros – [4 / 5]

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, ou, se aplicável, identificação dos membros independentes do Conselho Geral e de Supervisão (vide artigo 32.º do RJSPE).

O Conselho de Administração tem apenas membros executivos.

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.

Notas curriculares

Habilitações académicas:

Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier, Licenciada em Medicina, pela Faculdade de Medicina da Universidade Nova de Lisboa desde 1983; Especialista de Medicina Interna desde 1992;



Handwritten signature and initials.

Especialista de Oncologia Médica desde 1997; Especialista de Medicina do Trabalho desde 2000; Competência em Gestão de Unidades de Saúde atribuída pela Ordem dos Médicos em 2003.

Experiência profissional:

Diretora clínica para a Área Hospitalar na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho (ULSAR), desde 1 de janeiro de 2024; diretora clínica do Centro Hospitalar Barreiro — Montijo (CHBM) de março de 2019 a dezembro de 2023; Diretora do Serviço de Oncologia do CHBM e ULSAR, de 2016 a abril de 2024; Assistente Graduada Sénior de Medicina Interna desde 2023; Membro da Comissão Médica do CHBM e ULSAR, desde 2016; Vogal da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do CHBM de 2016 a 2019 e presidente da CFT de 2019 a 2021; Responsável pela equipa de trabalho que obteve a acreditação do Serviço de Oncologia no CHBM; Responsável pela coordenação da Unidade de Gestão da Doença Oncológica do CHBM de 2016 a 2020; Adjunta da Direção Clínica do Hospital do Barreiro para a área da Consulta Externa e Meios Complementares de Diagnóstico de 2003 a 2005; Médica no Hospital do Barreiro/ CHBM e ULSAR desde 1985 até à data atual (à exceção de período entre 1989 e 1990, quando esteve no IPO de Lisboa); Médica nos Hospitais Cívicos de Lisboa entre 1984 e 1985; Médica do trabalho na Siderurgia Nacional de 1991 a 1995, tendo sido responsável do Serviço de Medicina do Trabalho de 1993 a 1995; Representante médica de Portugal na Comunidade Europeia do Carvão e do Aço de 1993 a 1995; Médica do trabalho na QUIMIGAL de 1986 a 1987 e de 1989 a 1990; Orientadora de formação de vários internos de formação específica de Medicina Interna e Oncologia Médica; Participação como vogal e presidente em vários júris de saída de especialidade de concursos de provimento da carreira médica.

Outras atividades

Autora e coautora, de várias comunicações em congressos e reuniões científicas e de publicações de artigos científicos em Portugal e no estrangeiro. Atualmente é Deputada da Assembleia Municipal do Barreiro, eleita pelo Partido Social Democrata; atualmente, é membro da Comissão de Toponímia da Cidade do Barreiro; Membro do Observatório da Saúde do Barreiro de 2013 a 2017; Membro dos corpos diretivos — conselho fiscal da Associação Portuguesa de Manutenção Industrial de 2001 a 2004.

Elisabete Maria Farias Gonçalves, Licenciada em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, em 1990. Pós-graduação em Cuidados Paliativos Pediátricos, Universidade Católica Portuguesa (2018); Concurso público, com obtenção do grau de assistente hospitalar graduada sénior de Pediatria (2015); Formação em Codificação Clínica — Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (2015); Programa de Alta Direção em Instituições de Saúde — PADIS, Escola de Direção e Negócios, AESE (2013); Subespecialidade de Neuropediatria (2005), Ciclo de Estudos Especiais, Hospital D. Estefânia; Especialidade de Pediatria Médica (1998) — Internato Médico, Hospital Nossa Senhora do Rosário, Barreiro (1993-1998); Internato Geral, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

Experiência profissional:

Diretora do Departamento da Mulher e da Criança, Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, EPE (2024); Coordenadora da Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos Pediátricos, CHBM (desde 2018); diretora clínica do Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM) — (2011-2016); Presidente da Comissão de Coordenação Oncológica do CHBM (2011-2016); Presidente do Conselho Coordenador de Avaliação — SIADAP3 — CHBM (2013-2016); Presidente da Comissão de Aleitamento Materno do CHBM — Certificação UNICEF «Hospital Amigo dos Bebés» (2012- 2023); Membro da Unidade Coordenadora



Handwritten signature and initials in blue ink.

Funcional do Barreiro (2010-2011); Adjunta da Direção Clínica para a área da Saúde Materno Infantil do CHBM (2009-2011). Diretora do Serviço de Pediatria, CHBM (2005-2011); Presidente de júri em vários concursos, nomeadamente para obtenção do grau de assistente graduado e assistente graduado sénior; Autora e coautora de várias publicações em revistas científicas nacionais e internacionais.

José Filipe Fernandes Nunes, Curso de pós-licenciatura de Enfermagem Comunitária, em 2010, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora; Curso de Especialização do Mestrado em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde, na área de especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, Universidade de Évora (parte curricular), em 2005; Licenciatura em Enfermagem, em 2003, Complemento de Formação em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora; Curso Geral de Enfermagem, em 1991, Escola do Serviço de Saúde Militar, com equivalência ao grau de bacharelato.

Experiência profissional:

Enfermeiro diretor e vogal executivo do conselho de administração, desde 26 julho de 2022 até a presente data; Adjunto do enfermeiro diretor, desde dezembro de 2016 até julho de 2022; Enfermeiro em funções de chefia do Serviço de Urologia/Senologia/ORL/ Oftalmologia, do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E., de 2014 até julho de 2022; Enfermeiro em funções de chefia da Unidade de Técnicas de Endoscopia e Serviço de Imunohemoterapia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E., de 2012 a 2014; Enfermeiro coordenador do Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente, do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E., de 2010 a 2012; Integração na bolsa de formadores internos, em várias comissões de trabalho e na bolsa de auditores internos da Qualidade do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E.; Júri de concursos para admissão de recursos humanos e júri de concursos para aquisição de produtos de consumo clínico e não clínico; membro da Comissão de Humanização e Qualidade, Segurança e Saúde no Trabalho; representante dos trabalhadores na Comissão Paritária de Avaliação dos trabalhadores integrados na carreira especial de enfermagem; Enfermeiro, Serviço Cirurgia Geral, do Hospital Nossa Senhora do Rosário, S. A., Barreiro, 1998-2009; Enfermeiro, Unidade de Técnicas de Endoscopia, do Hospital Distrital do Barreiro, 1995-1998; Enfermeiro, Serviço de Especialidades Médicas, do Hospital Distrital do Barreiro, 1993-1995; Força Aérea Portuguesa, 1984 a 1994.

Fernando Joaquim Domingos Cerqueira Galvão, Licenciado em Organização e Gestão de Empresas, com a especialização em Gestão Financeira, pela Universidade Moderna, concluído no ano de 1997. Contabilista certificado, inscrito na Ordem dos Contabilistas Certificados com o n.º 29806, desde o ano de 1998; Conclusão do curso FORGEP — Programa de Formação em Gestão Pública, no ano de 2009; Participação em várias ações de formação no âmbito da contratualização dos serviços públicos e financiamento hospitalar no Serviço Nacional de Saúde.

Experiência profissional:

Iniciou a atividade profissional em 1990, em diversas entidades do setor privado: com as funções de “controller” no Departamento Financeiro da Helly-Hansen, nos anos de 1993 a 1997; com as funções de responsável administrativo no Departamento de Setúbal da Delta Cafés, nos anos de 1998 a 2000; com as funções de responsável administrativo e financeiro na Martins e Costa, Lda (Fricon), até ao ano de 2003; Em janeiro de 2004, com a transformação dos hospitais SPA em sociedades anónimas, iniciou as funções de diretor financeiro no Hospital Nossa Senhora do Rosário, S. A., tendo acompanhado nestes últimos 20 anos todas as transformações deste Hospital: em 2005, a transformação dos hospitais SA em



Handwritten signature and initials in blue ink.

entidades públicas empresariais, em novembro de 2009, com a criação do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, E. P. E., por fusão do Hospital Nossa Senhora do Rosário, E. P. E., com o Hospital Distrital do Montijo, e, em janeiro de 2024, com a criação da Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, E. P. E., por integração no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, E. P. E., do Agrupamento dos Centros de Saúde do Arco Ribeirinho; Atualmente mantém as funções de diretor financeiro na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, EPE.

Os elementos curriculares dos membros do Conselho de Administração atual poderão ser consultados no endereço que se segue:

[Nomeação do Conselho de Administração ULSAR.pdf](#)

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 (vd. artigo 52.º do RJSPE).

Em cumprimento do disposto no artigo 13.º da Lei n.º 52/2019, de 31 de julho, cada um dos membros do Conselho de Administração procedeu ao depósito, no Tribunal Constitucional, da respetiva “declaração única de rendimentos, património, interesses, incompatibilidades e impedimentos».

Em observância das disposições legais vigentes, designadamente, o n.º 7 do artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 71/2007 de 27 de Março, na sua última redação, bem como o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de Outubro, os membros do órgão de administração não têm relações de natureza comercial com a ULSAR, agem de forma isenta e abstêm-se de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, nomeadamente na aprovação de despesas por si realizadas, não detêm participações sociais noutras entidades de natureza associativa ou fundacional e não exercem funções de natureza incompatível noutras empresas (declarações em anexo).

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.

O Capital é detido a 100% pelo Estado, não estando o mesmo repartido por ações.

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

Organograma

[Organograma.pdf](#)



Handwritten signature and initials

Delegação de competências do Conselho de Administração

Delegação de competências do Conselho de Administração.pdf

9. Caracterização do funcionamento do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo, indicando designadamente:

a) Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas;

No decurso do ano de 2024, foram realizadas quarenta e nove reuniões de Conselho de Administração atual, com o seguinte grau de assiduidade:

Conselho de Administração Assiduidade		
Cargo	Nome	Grau de Assiduidade (%)
Presidente	Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro	98%
Vogal	Miguel Ângelo Madeira Rodrigues	92%
Vogal	Jorge Manuel da Silva Pinto	92%
Directora Clínica - CSH	Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	90%
Enfª Diretor	José Filipe Fernandes Nunes	94%
Directora Clínica - CSP	Anabela Domingues Pires Ribeiro Martins	90%
TOTAL REUNIÕES REALIZADAS		49

As deliberações são tomadas por votação normal. São tomadas por escrutínio secreto as deliberações que envolvam a apreciação do comportamento ou das qualidades de qualquer pessoa, no âmbito das competências do Conselho de Administração.

Não devem estar presentes nos momentos da discussão e votação os membros do Conselho de Administração que se encontrem ou se considerem impedidos.

Salvo por motivos de impedimento previsto na lei, aos membros do Conselho de Administração não é admitida a abstenção, devendo votar primeiramente os vogais e por fim o presidente. Os membros do Conselho de Administração podem fazer constar da ata o seu voto vencido e as razões que o justificam.

De cada reunião é lavrada a respetiva ata, que é aprovada na reunião seguinte.

O Presidente é substituído, nas suas ausências e impedimentos, pelo Vogal que este designar.

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.

A Presidente do Conselho de Administração foi nomeada como Vogal Suplente do Conselho Consultivo da ERS em representação das entidades do SNS com internamento, conforme Despacho do Sr. Ministro da Saúde de 19 de outubro de 2023.

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.

Preceitua o n.º 2 do mesmo art.º 6.º do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, que, nas entidades públicas empresariais, a avaliação do desempenho compete aos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e área da saúde.

De acordo com o previsto no n.º 1 do mesmo artigo, o desempenho das funções de gestão deve ser objeto de avaliação sistemática, tendo por parâmetros os objetivos fixados no Regime Jurídico do Sector Público Empresarial, ou decorrentes do contrato de gestão. (Anexo Contrato de Gestão do Presidente do Conselho de Administração).

Não existe órgãos da entidade competentes para realizar a avaliação de desempenho dos administradores executivos e critérios pré-determinados para a avaliação de desempenho dos mesmos, nem Comissões no órgão de administração ou supervisão.

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.

De acordo com o Regulamento Interno, os órgãos de apoio técnico do ULSAR constituem-se como comissões técnicas para atuação em matérias especializadas. A ULS dispõe das seguintes comissões técnicas:

- a) A Comissão Médica;
- b) A Comissão de Enfermagem;
- c) A Comissão de Ética;
- d) A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente;
- e) Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA);
- f) A Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- g) A Comissão de Coordenação Oncológica;
- h) Direção do Internato Médico

(Comissão Médica)

- 1 - A Comissão Médica é presidida pelo Diretor Clínico e deverá acompanhar e avaliar, periodicamente e de modo sistemático, a atividade clínica, designadamente os aspetos relacionados com o exercício da medicina.
- 2 - A Comissão Médica, para além do Diretor Clínico, integra os adjuntos do Diretor Clínico e os Diretores ou Médicos responsáveis pelos serviços de Ação Médica.
- 3 - A Comissão Médica funciona em plenário que reunirá ordinariamente de quatro em quatro meses por convocação do seu presidente, sem prejuízo de poder funcionar em comissões especializadas, de âmbito restrito, sempre que tal se mostre necessário.
- 4 - Foram desenvolvidas pela comissão médica as seguintes atividades:
 - a) Fomentar a cooperação entre os serviços de ação médica e entre estes e os restantes;
 - b) Apreciar os aspetos do exercício da medicina hospitalar que envolvam princípios de deontologia médica;



Handwritten signature and initials in blue ink.

- c) Dar parecer sobre as queixas e reclamações que sejam formuladas acerca da correção técnica e profissional da assistência prestada aos doentes.

(Comissão de Enfermagem)

- 1 - A Comissão de Enfermagem é presidida pelo Enfermeiro-Diretor, competindo-lhe apreciar os aspetos relacionados com o exercício da enfermagem no Hospital e avaliar periodicamente e de modo sistemático a atividade desenvolvida neste sector e a formação dos profissionais.
- 2 - A Comissão de Enfermagem, para além do seu Presidente, é constituída pelos adjuntos do Enfermeiro-Diretor e pelos Enfermeiros Chefes ou Enfermeiros Coordenadores de unidades do Hospital.
- 3 - A Comissão de Enfermagem funciona em plenário que reunirá ordinariamente uma vez por mês, por convocação do seu Presidente, sem prejuízo de poder funcionar em comissões especializadas, de âmbito restrito, sempre que tal se mostre necessário.
- 4 - Foram desenvolvidas pela comissão de enfermagem as seguintes atividades no âmbito das suas competências:
 - a) Realização dos planos de atualização profissional do pessoal de enfermagem;
 - b) Parecer sobre a regulamentação interna para o sector de enfermagem e colaborar na respetiva execução;
 - c) Parecer sobre assuntos submetidos à sua apreciação pelo Conselho de Administração.

(Comissão de Ética)

- 1 - A Comissão de Ética é composta por sete membros, devendo revelar uma composição interdisciplinar.
- 2 - Os membros da Comissão de Ética são nomeados pelo Conselho de Administração.
- 3 - Em todos os aspetos não previstos neste regulamento, a Comissão de Ética do Hospital rege-se pelos princípios definidos no Decreto-Lei n.º 97/95 de 10 de maio (atual Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de outubro).

A Comissão de Ética desenvolveu a sua atividade no âmbito das suas competências, designadamente, com emissão de pareceres sobre questões éticas, estudos e ensaios clínicos.

(Comissão de Qualidade e Segurança do Doente)

- 1 - A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente é constituída por cinco membros, dos quais um é o Presidente do Conselho de Administração, que preside à Comissão.
- 2 - Os elementos da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente são nomeados pelo Conselho de Administração, por proposta do Presidente.
- 3 - Foram desenvolvidas pela comissão de qualidade e segurança do doente as seguintes atividades:



- a) A formulação da política de qualidade orientada para o utente, nas dimensões de garantia, planeamento, controlo estatístico e melhoria contínua;
- b) A avaliação das diferentes dimensões de qualidade, incluindo a dos custos da não qualidade;
- c) Proposta do plano de ação anual, com previsão dos recursos necessários à sua execução;
- d) O acompanhamento das atividades incluídas no plano de ação anual.

Handwritten signature

(Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA))

- 1 - O corpo médico da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar integra um infeciologista, um microbiologista, um cirurgião e um internista, um dos quais será o presidente.
- 2 - Será ainda constituída por um técnico superior de farmácia e um enfermeiro que poderão acumular funções, mas nunca com a chefia de um serviço clínico.
- 3 - A Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar pode agregar consultores mediante autorização do Conselho de Administração.
- 4 - Os elementos da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar são nomeados pelo Conselho de Administração sob proposta, respetivamente, do Diretor Clínico, do Diretor dos Serviços Farmacêuticos e do Enfermeiro-Diretor.
- 5 - As competências da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar são as constantes de Despacho do Diretor-geral da Saúde, publicado no Diário da República n.º 246, II série, de 23/10/96.
- 6 - A Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar deverá funcionar segundo regulamento próprio por si aprovado, e desenvolveu a sua atividade de acordo com o plano anual de atividades, designadamente no âmbito do projeto "STOP INFEÇÃO", tendo sido designado a ULSAR como hospital piloto.

(Comissão de Farmácia e Terapêutica)

- 1 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica é constituída em paridade por cinco médicos e cinco farmacêuticos, sendo um dos médicos o Diretor Clínico, que preside, ou um dos adjuntos por ele designado.
- 2 - O Diretor do Serviço de Aprovisionamento participa, sem direito a voto, restringindo a sua intervenção a matérias económicas e de gestão de aquisições e existências.
- 3 - Foram desenvolvidas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica as seguintes atividades:
 - a) Integração entre os Serviços de Prestação de Cuidados e o Serviço de Farmácia;
 - b) Velar pelo cumprimento do formulário e suas adendas;
 - c) Pronunciar-se, dentro do respeito das regras deontológicas, sobre a correção da terapêutica prescrita a doentes, sob solicitação do Diretor Clínico;
 - d) Informar os planos de aquisição de medicamentos e orientar o seu consumo;
 - e) Avaliação mensal dos dados de consumo e as existências em medicamentos por centro de custo, incluindo os prescritos em ambulatório;



Handwritten signature and initials in blue ink.

- f) Parecer sobre novos medicamentos a adquirir;
- g) Definição e pôr em prática uma política de informação sobre medicamentos.

(Comissão de Coordenação Oncológica)

1 - A Comissão de Coordenação Oncológica rege-se pelo disposto na Portaria 420/90, de 8 de junho, e é presidida pelo Diretor Clínico ou por um dos seus adjuntos por si designado. Para além do seu presidente, a Comissão de Coordenação Oncológica é composta por quatro médicos com o grau de especialista nas áreas de Cirurgia, Oncologia Médica e de Anatomia Patológica.

2 – Esta comissão desenvolveu a sua atividade de acordo com as competências atribuídas:

- a) Organizar as consultas de grupo multidisciplinares, com o objetivo de analisar e definir a estratégia de diagnóstico e terapêutica relativa a casos clínicos oncológicos, estabelecendo normas para o seu funcionamento.
- b) Aprovar protocolos de atuação diagnóstica e terapêutica dos diversos tipos de doença oncológica;
- c) Aprovar protocolos de atuação na prestação de cuidados paliativos e terminais oncológicos;
- d) Emitir parecer sobre a estrutura do Hospital no âmbito da oncologia e eventuais protocolos com outras instituições;
- e) Promover e coordenar o registo do cancro ao nível do Hospital.

(Direção do Internato Médico)

1 – As funções de Direção do Internato Médico cabem a um médico de reconhecida competência e experiência de formação de médicos internos, nomeado pelo diretor clínico e coadjuvado por um a três assessores.

2 – A Direção do Internato Médico exerce as competências previstas no art.º 14.º do Regulamento do Internato Médico, aprovado pela Portaria n.º 183/2006, de 22 de fevereiro.

Compete ao conselho de administração da ULS designar os membros que integram cada uma das comissões.

D. Fiscalização

1. Identificação do órgão de fiscalização correspondente ao modelo adotado: Conselho Fiscal.

Nos termos do Estatuto do SNS, a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial é exercida por um conselho fiscal - 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, escolhido obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários, de acordo com o previsto no artigo 413.º do Código das Sociedades Comerciais (CSC).

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.



Handwritten signature and initials.

A remuneração do conselho fiscal é fixada no despacho a que se refere o n.º 3 do art.º 79.º do supramencionado Estatuto, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação do estabelecimento de saúde, E. P. E., fixados na resolução do Conselho de Ministros a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual.

Nos termos do artigo 3º do Decreto-Lei nº 55/2025, de 28 de março, os membros do conselho fiscal e revisores oficiais de contas mantêm-se em funções até à nomeação dos fiscais únicos.

O ULSAR não tem Comissão de Auditoria, Conselho Geral e Supervisão ou Comissão para as Matérias Financeiras.

2. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do Órgão de Fiscalização: Conselho Fiscal.

Elementos curriculares do Conselho Fiscal:

Presidente do Conselho Fiscal: Maria Leonor Bettencourt Silva Dantas Jorge

Data de nascimento: 18 de janeiro de 1970

Formação académica e profissional:

- Licenciatura em administração de empresas - Universidade Católica.
- Frequência do Programa Avançado para Administradores Não-Executivos – Instituto Português de Corporate Governance (IPCG).
- Executive Training Session on Banking Governance - PLMJ Advogados.
- Strategic Management in Banking Programme - INSEAD, Fontainebleau, França.

Atividade Profissional

- Vogal do Conselho de Administração da HL – SOCIEDADE GESTORA DO EDIFÍCIO, S.A., desde 30 de junho de 2022.
- Membro do Conselho Fiscal da Atticus - STC, S.A. (maio de 2019 a abril 2021).
- Administradora não executiva da Crédito Agrícola Gest - SGFIM, S.A., desde janeiro de 2020.
- Diretora Central de Fusões e Aquisições (F&A) do HAITONG BANK, S.A. (ex-BES Investimento) (2004-2017), responsável por transações em Portugal, Espanha, França, Chile, Brasil, Polónia e Macau, em diversos sectores.
- Direção de fusões e aquisições do BES Investimento, tendo ocupado cargos desde analista até diretora (1994-2004).
- Analista no departamento de fusões e aquisições do Deutsche Bank (Portugal) (1993-1994).

Vogal efetivo do Conselho Fiscal: Renato Felisberto Pinho Marques

- Data de nascimento: 29 de março de 1958
- Formação académica e profissional
- Licenciatura em Economia – Instituto Superior de Economia e Gestão (ISEG) da Universidade Técnica de Lisboa.
- Pós-graduação em Estudos Europeus – Universidade Católica.
- Atividade Profissional



Assinatura

- Inspetor de Finanças Diretor desde fevereiro de 2015.
- Chefe de Equipa na Inspeção-Geral de Finanças (2013-2014).
- Membro da Comissão de Normalização Contabilística, em representação da Inspeção-Geral de Finanças (janeiro 2013 - agosto 2021).
- Controlador financeiro do Ministério da Saúde (2010-2011).
- Controlador financeiro do Ministério dos Negócios Estrangeiros (2007-2010).
- Diretor do Departamento Geral de Administração do Ministério dos Negócios Estrangeiros (2003-2007).
- Diretor Adjunto do Departamento Geral de Administração do Ministério dos Negócios Estrangeiros (2003).
- Inspetor de Finanças Chefe (1996-2003).
- Membro da Comissão EURO do Ministério das Finanças, em representação da Inspeção-Geral de Finanças (1999-2001).
- Inspetor do quadro da Inspeção-Geral de Finanças desde 15 de outubro de 1987.

Vogal efetivo do Conselho Fiscal: José Manuel Gonçalves André

Data de nascimento: 22 de abril de 1953

Formação académica e profissional

- Curso de Organização e Gestão de Empresas - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE).
- Pós-graduação em Administração Hospitalar - Escola Nacional de Saúde Pública.
- Curso de Engenharia Industrial aplicada à gestão hospitalar, Health Policy Institute, Boston University, Lisboa.
- Curso de Auditoria da Qualidade de serviços de Saúde, HQS – Health Quality Service/Reino Unido, Lisboa.
- Curso PADIS-Programa Alta Direção Instituições de Saúde da AESE.
- Curso Alta Direção em Gestão Unidades de Saúde - ISCSP.

Atividade Profissional

- Administrador Hospitalar de 1º grau do Quadro Único desde 26 /04/2006 e de 1ª classe do ex-Hospital Reynaldo dos Santos – Vila Franca de Xira desde 01/05/2007. Pertencente ao mapa da ARSLVT
- Membro da Comissão de Avaliação dos administradores da carreira de administração hospitalar (Despacho SEAMS de 11 agosto de 2020 – Aviso n.º 20735/2020 da ACSS de 09.12.2020).
- Auditor do Gabinete Auditoria Interna da ARSLVT desde 15 julho de 2016.
- Diretor Executivo do ACES Oeste Sul, de 07 dezembro de 2012 a 15 julho de 2016.
- Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Torres Vedras, de 15 de abril de 2010 a 20 de Novembro de 2012.
- Vogal Executivo do Centro Hospitalar Torres Vedras, 2006-2010.
- Diretor de Serviço de Formação e Ensino da Secretaria Geral do Ministério da Saúde, 2003-2006.
- Diretor e Administrador Delegado do Hospital Distrital de Mirandela, 1999-2003.
- Administrador Delegado do Hospital Distrital da Covilhã, 1997-1999.
- Administrador Delegado do Hospital Distrital da Lamego, 1996-1997.
- Administrador Hospitalar nas áreas de gestão de pessoal, consulta externa e urgência do ex-Hospital Reynaldo dos Santos, 1994-1996.

- Administrador Hospitalar do Departamento Cabeça e Pescoço do Hospital Garcia de Orta, 1992-1994.
- Diretor do Serviço de Estudos e Gestão do Departamento Recursos Humanos da Saúde, 1990-1992.
- Administrador Hospitalar de vários serviços comuns do ex-Grupo Hospitais Cívicos de Lisboa, 1985-1989.

Vogal suplente do Conselho Fiscal (em exercício efetivo de funções, em regime de substituição, desde 23 de abril de 2023): Anabela Mendes Garcia Barata

- Data de nascimento: 26 de agosto de 1964
- Formação académica e profissional
- Licenciatura em Administração e Gestão de Empresas - na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa
- MBA - Escola Superior de Gestão da AESE
- Formação profissional em fiscalidade - Centro de formação profissional da Arthur Andersen
- Formação de Executivos da Nova School of Business and Economics - Program Leadership in healthcare Delivery
- Atividade Profissional
- Vogal do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (desde 2019).
- Coordenadora da Unidade de Gestão Financeira da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (2008-2019).
- Vogal do Conselho Fiscal do Hospital Fernando da Fonseca, Centro Hospital Lisboa Ocidental e Instituto Português de Oncologia (2017-2019).
- Responsável Administrativa e Financeira no Grupo Bureau Veritas (2002-2007).
- Técnica Superior no Banco Espírito Santo (1996-2001).
- Gerente na divisão de consultoria fiscal na KPMG (1992-1996).
- Técnica Sénior na divisão de consultoria fiscal Arthur Andersen & CO (1988-1992).

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 de auditoria ao auditor externo, cujos procedimentos e critérios aplicáveis à intervenção do órgão de fiscalização se encontram definidos nos estatutos da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas e no Regime jurídico da Supervisão e Auditoria.

4. Outras funções dos órgãos de fiscalização.

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

5. Indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros e duração estatutária do mandato dos membros: Conselho Fiscal.

O Conselho Fiscal é constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o presidente do órgão, conforme previsto no n.º 2 do art.º 79.º do Estatuto do SNS. 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, como estabelecido no n.º 3 do art.º 79.º do Estatuto do SNS.



Handwritten signature

A ULSAR não tem Comissão de Auditoria, Conselho Geral e Supervisão ou Comissão para as Matérias Financeiras.

6. **Composição do Conselho Fiscal, 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.**

O Conselho Fiscal foi nomeado por despacho conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, a 08 de novembro de 2024, para o triénio 2024/2026, com a seguinte composição:

CONSELHO FISCAL (atual)				
Mandato	Cargo	Nome	Designação	
(Início - Fim)			Forma	Data
01/01/2024 a 31/12/2026	Presidente	José Miguel Morais Azevedo Rodrigues	Despacho Conj. SET e SES	08/11/2024
01/01/2024 a 31/12/2026	Vogal	Miguel Teixeira Ferreira Roquette	Despacho Conj. SET e SES	08/11/2024
01/01/2024 a 31/12/2026	Vogal	Rita Domingues Santos Cunha Leal	Despacho Conj. SET e SES	08/11/2024

CONSELHO FISCAL (cessante)				
Mandato	Cargo	Nome	Designação	
(Início - Fim)			Forma	Data
01/01/2018 a 07/11/2024	Presidente	Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge	Despacho Conj. SET e SES	26/04/2018
01/01/2018 a 07/11/2024	Vogal	Renato Filesberto Pinto Marques	Despacho Conj. SET e SES	26/04/2018
01/01/2018 a 07/11/2024	Vogal	José Manuel Gonçalves André	Despacho Conj. SET e SES	26/04/2018
01/01/2018 a 07/11/2024	Vogal Suplente	Anabela Mendes Garcia Barata	Despacho Conj. SET e SES	26/04/2018

7. **Identificação dos membros do Conselho Fiscal 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 CSC, 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. **Caraterização do funcionamento do Conselho Fiscal, indicando designadamente:**

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



Plane
fz
Z

Nº Reuniões	Local de realização	Intervenientes na reunião	Ausências dos membros do Órgão de Fiscalização
10	Teleconferências, Lisboa	CF	Não existiram
1	Teleconferências	CF, CA	Não existiram
1	Teleconferências	CF, AI	Não existiram
2	Teleconferências, Lisboa	CF, BDO	(1)

Legenda: CF - Conselho Fiscal; CA - Conselho de Administração; AI - Auditoria Interna; DF - Direção Financeira; BDO – SROC
(1)- A Vogal Anabela Barata não teve presente na reunião, tendo justificado atempadamente a sua ausência.

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.

Nome	Outros cargos ou funções
Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge	Presidente do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
	Presidente do Conselho Fiscal do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
	Administrador único da Curiosolabirinto, SA.
	Administrador não executivo da Crédito Agrícola GEST - SGOIC, SA
	Vogal do Conselho de Administração da HL-Sociedade Gestora do Edifício, SA.
Renato Fílesberto Pinto Marques	Administrador Único da Cardinal Credivel, Lda.
	Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
	Vogal do Conselho Fiscal do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
José Manuel Gonçalves André	Presidente do Conselho Fiscal da Transtejo Transportes do Tejo, SA (desde 23/11/2023)
	Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
	Vogal do Conselho Fiscal do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
Anabela Mendes Garcia Barata	Membro da Comissão de avaliação dos Administradores Hospitalares
	Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
	Vogal do Conselho Fiscal do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

E. Revisor Oficial de Contas

1. Identificação, membros efetivo e suplente, da Sociedade de Revisores Oficiais de Contas (SROC) 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 e indicação do número de anos em que o ROC exerce funções consecutivamente junto da entidade e/ou grupo.

O revisor oficial de contas é 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 por uma única vez.

O Revisor Oficial de Contas foi nomeado por despacho conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, a 14 de dezembro de 2018, para o triénio 2018/2020, mantendo-se em funções até à data, nos termos da legislação em vigor e do contrato celebrado para o triénio 2018-2020, com a seguinte composição:



Handwritten signature and initials

BDO & Associados, SROC, Lda., inscrita na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, com o n.º 29 e registado na Comissão de Mercados de Valores Mobiliários, com o n.º 20161384, com sede na Avenida da República, n.º 50, 10º andar, em Lisboa, representada por António José Correia de Pina Fonseca, ROC n.º 949.

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

Nos termos do n.º 4 do artigo 79.º do Estatuto do SNS, o Revisor Oficial de Contas é nomeado para um mandato com a duração de três anos, renovável por uma única vez.

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

REVISOR OFICIAL DE CONTAS								
Mandato	Cargo	Identificação SROC / ROC			Designação			Nº de Mandatos
(Início - Fim)		Nome	Nº de Inscrição na OROC	Nº de Registo na CMVM	Forma	data	Contrato de	
01/0/2018 a 31/12/2020		BDO & Associados, SROC, Lda.	29	20161384	Despacho Conjunto	14/12/2018	29/01/2019	3

Nome	Remuneração Anual 2023
BDO & Associados, SROC, Lda.	16.500,00 €

O Decreto Lei nº 55/2025, de 28 de março, procede à alteração do artigo 81º e 82º, com a seguinte redação:

Artigo 81º

1 - O fiscal único, que é revisor oficial de contas, é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do estabelecimento de saúde, E. P. E., nos termos do artigo 413.º do Código das Sociedades Comerciais, e dos estabelecimentos de saúde, S. P. A.

2 - O fiscal único é designado por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, obrigatoriamente de entre os auditores e, no caso do estabelecimento de saúde, E. P. E., de entre os revisores oficiais de contas e sociedades revisoras oficiais de contas registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

Artigo 82º

m) com base na proposta de plano de desenvolvimento organizacional apresentada pelo conselho de administração, o fiscal único emite um relatório e parecer, o qual é remetido aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.



Ramiro
[Signature]
[Signature]

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

Não aplicável, não foram prestados quaisquer serviços pela firma BDO & Associados, SROC, Lda., à ULSAR, EPE, relativamente ao ano em referência.

F. Conselho Consultivo

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 entidade deverá indicar os mandatos respetivos.

Nos termos do artigo 83.º, do Estatuto do SNS, o Conselho Consultivo é composto por:

- Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pela Comunidade Intermunicipal ou pela Área Metropolitana, consoante a localização do estabelecimento de saúde;
- Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pelo membro do Governo responsável pela área da saúde;
- Um representante do ACES da área de influência do estabelecimento de saúde;
- Um representante dos utentes, designado pela respetiva associação ou por equivalente estrutura de representação;
- Um representante eleito pelos trabalhadores do hospital E.P.E.;
- Um representante dos prestadores de trabalho voluntário no hospital E. P. E., entre este eleito, quando existam;
- Dois elementos, escolhidos pelo conselho de administração do hospital E. P. E., que sejam profissionais de saúde sem vínculo ao mesmo.

O mandato dos membros do conselho consultivo tem a duração de três anos, sem prejuízo da possibilidade da sua substituição, a todo o tempo, pelas entidades que os designaram ou elegeram.

O Despacho n.º 1505/2015, de 22 janeiro, nomeou o Eng.º António Afonso Reynaud de Melo Pires, presidente do Conselho Consultivo, com efeitos à data da sua publicação, 12 de fevereiro de 2015. O Presidente cessou funções em 2016, os restantes membros do Conselho Consultivo terminaram os seus mandatos em 2018.

A 18 janeiro 2021 é nomeado novo Presidente do Conselho Consultivo, o Dr. José Afonso Oliveira Janeiro Neves, que renuncia à designação a 3 novembro 2021. O Conselho de Administração volta a diligenciar para que sejam reunidas as condições para a nomeação de um novo Conselho Consultivo.

G. Auditor Externo

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



Handwritten signature and initials

consecutivamente junto da entidade e/ou do grupo, bem assim como a remuneração relativa ao ano em referência.

A ULSAR não tem auditor externo. Não existe obrigação legal da nomeação de um auditor externo.

2. **Explicitação 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.**

A ULSAR não tem auditor externo. Não existe obrigação legal da nomeação de um auditor externo.

3. **Identificação de trabalhos, distintos dos de auditoria, realizados pelo auditor externo para a entidade e/ou para entidades que com ela se encontrem 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.**

A ULSAR não tem auditor externo. Não existe obrigação legal da nomeação de um auditor externo.

4. **Indicação do montante da remuneração anual paga pela entidade 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 e discriminação da percentagem respeitante aos seguintes serviços.**

A ULSAR não tem auditor externo. Não existe obrigação legal da nomeação de um auditor externo.

VI. Organização Interna

A. Estatutos e Comunicações

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

A ULSAR, E.P.E. é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, regendo-se pelo Estatuto do SNS, pelo Regime Jurídico do Setor Público Empresarial e pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde.

A ULSAR, E.P.E. é tutelada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério das Finanças, as alterações dos estatutos da entidade só podem ser promovidas por iniciativas legislativas do Governo em funções.

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

Existe um Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades, aprovado pelo Conselho de Administração em 20/01/2023 que estabelece os procedimentos internos para a receção, registo e tratamento das comunicações de irregularidades recebidas pela Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, EPE.



Handwritten signature and initials in the top right corner.

Matérias abrangidas

As comunicações de irregularidades recebidas pela instituição são relativas a factos que indiciem (de acordo com o n.º 4 do artigo 17.º-A do Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro):

- a) Violação de princípios e disposições legais, regulamentares e deontológicas por parte dos membros dos órgãos estatutários, trabalhadores, fornecedores de bens e prestadores de serviços no exercício dos seus cargos profissionais;
- b) Dano, abuso ou desvio relativo ao património do Centro Hospitalar;
- c) Dano, abuso ou desvio relativo ao património dos utentes;
- d) Prejuízo à imagem ou reputação do Centro Hospitalar.

Forma de Comunicação

1 - As comunicações são feitas na forma escrita, por carta ou correio eletrónico.

2 - As comunicações de indícios de irregularidades, abrangidas pelo presente Regulamento, são enviadas ao SAI, devendo obedecer aos seguintes critérios:

- a) Entregue em envelope fechado, se remetido por carta;
- b) Menção de “confidencial” no assunto da mensagem (no caso de correio eletrónico) ou inscrita na parte exterior do envelope;
- c) Identificação do autor da comunicação, não sendo objeto de tratamento comunicações anónimas;
- d) Indicação expressa de que prescinde do anonimato, caso assim o deseje;
- e) Conter uma descrição dos fatos relevantes que sustentam a alegada irregularidade, bem como de elementos de prova que a sustentem.

3 - Todas as comunicações devem apresentar a identificação do autor, pelo que só excecionalmente e mediante análise, serão aceites e tratadas informações anónimas.

[Regulamento de Comunicação de Irregularidades e de denuncia de infraco.es.pdf](#)

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

A ULSAR de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, e que constam do Código de Ética (Princípios, valores e regras de conduta). Para melhor desenvolvimento remete-se para o capítulo “Regulamentos e Códigos”.

B. Controlo interno e gestão de riscos

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.

O órgão de administração tem atribuído crescente importância ao desenvolvimento e aperfeiçoamento dos sistemas de controlo interno e de gestão de risco, com impacto relevante nas atividades da ULSAR, em linha com as recomendações formuladas a nível nacional e internacional, de que se destacam os princípios de bom governo constantes da Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de março.

Considera-se que um sistema de controlo interno e de gestão de risco, como é o caso do implementado na ULSAR, deve satisfazer, entre outros, os seguintes objetivos:



Handwritten signature and initials in blue ink.

- Garantir e controlar o cumprimento dos objetivos traçados;
- Assegurar a fiabilidade e a integridade da informação;
- Garantir a produção e o reporte de forma completa, fiável e tempestiva, bem como a prossecução de um adequado sistema de informação de gestão;
- Garantir a salvaguarda dos ativos;
- Identificar os fatores de risco, as consequências da ocorrência do risco e os mecanismos destinados ao seu tratamento e minimização;
- Melhorar a qualidade das decisões;
- Promover a utilização racional e eficiente dos seus recursos.

Vários Serviços dispõem de Manual de Procedimentos, tendo em vista implementação nas respetivas áreas do cumprimento dos procedimentos estabelecidos, a eficiente utilização dos recursos, o eficaz controlo dos processos e a avaliação e minimização dos riscos identificados. É o que sucede com o Serviço de Aprovisionamento, Serviços Financeiros e Serviço de Recursos Humanos.

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.

A Dra. Sandra Cristina Silva Palhinhas, responsável pelo Serviço de Auditoria Interna da ULSAR, E.P.E. desde 1 setembro de 2019, de acordo com o artigo 86.º do estatuto do SNS, data a partir da qual iniciou funções. O Serviço de Auditoria Interna tem como missão verificar a existência, o funcionamento e a eficácia do modelo de controlo dos riscos e dos sistemas de controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, através de um acompanhamento objetivo, independente, sistemático e contínuo, realizando auditorias aos serviços ou processos considerados críticos e mais suscetíveis de risco.

O PAI 2024 incluía o desenvolvimento de 27 atividades pelo SAI, subdivididas em Auditorias Internas, Atividades de Reporte Obrigatório e Outras Atividades. Regista-se o número de atividades concluídas no ano de 2024, registando-se que oito das atividades concluídas não mereceram aprovação no mesmo período, mas sete tiveram aprovação até 31 de janeiro de 2025.

No âmbito da Política de Comunicação de Irregularidades, informa-se que, no decorrer do ano de 2024, foi recebida 1 carta e 1 email dirigidos à da Política de Irregularidades, sendo que a CI n.º 2/2024 foi encerrada em fevereiro de 2025, tendo sido a mesma arquivada.

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.

[Plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas.pdf](#)

Foram identificados os seguintes níveis de risco:



Handwritten signature and initials.

Risco de Gestão	Descrição
RG 1 – Não segregação de funções	Risco de existência de incompatibilidade de funções atribuídas ou configuradas nos sistemas de informação aos colaboradores, podendo originar erros involuntários ou voluntários (v.g. situações de fraude).
RG 2 - Autorizações e responsabilidade	Risco de tomada de decisões ou realização de ações por parte de colaboradores que não estejam nos seus limites ou áreas de responsabilidade.
RG 3 - Financiamento	Risco de inexistência de receita suficiente para garantir o equilíbrio orçamental e cobrir as despesas indispensáveis para garantir a prestação de cuidados de saúde.
RG 4 - Conformidade	Risco de incumprimento da legislação fiscal, ambiental, contabilística ou outra e/ou de regulamentação do setor, bem como de normas internas. É também considerado o risco de não observância das boas práticas no exercício da função (prestação de cuidados e outras).
RG 5 - Segurança da Informação	Risco de ocorrência de falhas de segurança da informação relacionadas com a confidencialidade, disponibilidade e integridade da informação, potenciando situações de violação do acesso a dados confidenciais dos utentes, dos colaboradores ou da instituição.
RG 6 - Desenvolvimento e manutenção dos Sistemas de Informação	Risco de incapacidade de desenvolver e manter os sistemas de informação alinhados com a atividade, não recorrendo a metodologias de gestão e de desenvolvimento de projetos de Sistemas de Informação ou não garantindo a necessária transferência de conhecimentos de recursos ou empresas externas, evitando assim uma excessiva dependência destes.
RG 7 - Ambiental	Risco de ocorrência de efeitos ambientais adversos, direta ou indiretamente imputados à atividade de prestação de cuidados de saúde, e que possam resultar no incumprimento de legislação ambiental, insatisfação de utilizadores e stakeholders, nomeadamente ao nível da comunidade local.
RG 8 - Gestão do Conhecimento	Risco de inexistência ou ineficiência dos processos de captura, retenção, partilha e transferência de conhecimentos que conduzam a uma excessiva dependência. Fraco desenvolvimento de competências, desmotivação, problemas de sucessão, perda de conhecimento ou ineficiências operacionais no presente ou incapacidade operacional no futuro.
RG 9 - Reputação e imagem	Risco de degradação da imagem, notoriedade e credibilidade da instituição por via direta ou indireta, ainda que as causas não se encontrem totalmente sob a responsabilidade ou não podem ser geridas pelo Serviço.
RG 10 - Capacidade instalada	Risco da estrutura operacional, incluindo meios humanos e materiais, estar desajustada face às necessidades dos utentes, resultando em custos acrescidos por excesso de capacidade, ou perdas financeiras por incapacidade de resposta.
RG 11 - Segurança física e das instalações	Risco de ocorrência de eventos de segurança devido a inadequadas medidas preventivas face a acidentes, eventos ambientais (v.g. inundações, incêndios), acessos indevidos ou incumprimento de normas e procedimentos, podendo resultar em danos materiais.
RG 12 - Segurança de pessoas	Risco de ocorrência de acidentes com colaboradores ou terceiros, ou das condições e ambiente de trabalho, serem prejudiciais à saúde das pessoas.



Handwritten signature and initials

RG 13 - Manuais de procedimentos, boas práticas e código de conduta	Risco de inexistência de Manuais de Procedimentos, Boas Práticas e Código de Conduta, atualizados e ajustados à realidade vivida e que reflitam o cumprimento das normas e legislação vigente.
RG 14 - Gestão de recursos	Risco de subaproveitamento da capacidade instalada e de incorreta gestão dos recursos bem como falta de controlo interno, que possam conduzir a faturação indevida ou excessiva com contratação de serviços externos e outros.

Risco de Corrupção	Descrição
RC 1 - Imparcialidade	Tratamento privilegiado de pessoa ou pessoas. Favorecimento de utente, concorrente e/ou procedimento no qual tenha algum interesse na tomada de decisão.
RC 2 - Faturação indevida	Emissão de faturas, pelos fornecedores, com valores acima dos contratualizados ou com itens não conformes.
RC 3 - Apropriação indevida de ativos	Desvio e/ou apropriação indevida de ativos do Centro Hospitalar ou de terceiros (v.g. espólios dos doentes) para proveito do próprio.
RC 4 - Suborno	Oferecer, dar, receber, solicitar ou facilitar algo de valor para influenciar um ato.
RC 5 - Demonstrações financeiras fraudulentas	Ocultar ou alterar informação, propositadamente, com o intuito de alterar registos, de forma a alterar resultados e induzir em erro quem as analisa.

Conflitos de interesses	Descrição
CI 1 – Acumulação de funções incompatíveis	Exercício de atividades não autorizadas. Comprometimentos da isenção e da imparcialidade exigidas no exercício das funções. Não declaração de conflitos de interesses em cumprimento, nomeadamente, do Despacho n.º 14/2014, de 22 de janeiro, da Lei n.º 35/2014, de 20 junho, da Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, ou outra aplicável.
CI 2 - Acompanhamento da gestão de contratos	Exercício de atividades que comprometam o correto e imparcial acompanhamento dos contratos. Irregularidades no que concerne à fiscalização e conferência, por ter interesses pessoais.
CI 3 - Uso abusivo de posição	Uso abusivo de posição, bem como recursos públicos, acesso a informação e conhecimento, bem como de influência em procedimentos de contratação pública, em benefício próprio, que comprometam o dever de isenção.
CI 4 - Relação dos profissionais de saúde com a indústria farmacêutica	Falta de comunicação de benefícios junto do INFARMED, em cumprimento do Despacho do SES n.º 12284/2014, de 6 de outubro.



Handwritten signature and initials.

A Comissão de Acompanhamento da Prevenção da Corrupção (CAPC), elabora o Relatório Anual com o resultado das monitorizações realizadas.

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 da ULSAR depende, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração.

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

No âmbito das áreas funcionais com competências definidas no Regulamento Interno para a matéria do Risco, consideram-se também os Riscos Clínicos e do Risco Geral (Não Clínico), analisados pelo Gabinete de Gestão do Risco. Segue o estabelecido sobre este ponto no atual Regulamento Interno.

Gabinete de Gestão do Risco

O Gabinete de Gestão do Risco integra a área do risco clínico e do risco geral (não clínico).

Compete ao Gabinete de Gestão do Risco:

- a) Promover uma cultura de segurança no ambiente interno;
- b) Propor a política de gestão do risco e a estratégia de identificação e avaliação de riscos e seus fatores causais;
- c) Participar no desenvolvimento da política interna de segurança do doente e dos profissionais;
- d) Elaborar o regulamento que expressa as responsabilidades específicas das duas áreas de intervenção;
- e) Estruturar e implementar uma estratégia de gestão integrada do risco na organização, através da mobilização e articulação com os serviços de ação médica, de apoio à ação médica e geral;
- f) Assegurar a gestão de um sistema de relato de incidentes clínicos e segurança do doente e risco geral (não clínico);
- g) Identificar e propor medidas preventivas e/ou medidas corretivas após a ocorrência de incidentes, em colaboração com os responsáveis/especialistas nas diversas áreas de tipologia de incidentes;
- h) Apoiar os serviços no âmbito da gestão do risco e segurança do doente;
- i) Colaborar com o nível estratégico na elaboração de pareceres e recomendações;
- j) Colaborar com comissões e grupos de trabalho no âmbito da gestão do risco e segurança do doente;
- k) Integrar o grupo institucional responsável pelo Plano de Segurança e Plano de Catástrofe Externa, promovendo a sua atualização;
- l) Providenciar auditorias de segurança das instalações, dos doentes, dos profissionais e ocupantes e fomentar práticas baseadas na evidência;
- m) Promover e validar as ações de formação no âmbito da gestão do risco geral e risco clínico e segurança do doente, em articulação com os Serviços e a Academia de Formação.



Handwritten signature and initials in blue ink.

No ULSAR está igualmente nomeada a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, responsável pela operacionalização da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde nos termos previstos na legislação aplicável, com as seguintes atribuições definidas em sede de Regulamento interno da instituição.

Comissão de qualidade e segurança do doente

Sem prejuízo das competências dos Gabinetes de Gestão da Qualidade e de Gestão do Risco, com os quais deverá manter articulação sinérgica efetiva, compete à Comissão de Qualidade e Segurança do Doente a formulação da política da qualidade orientada para o utente nas dimensões de planeamento e melhoria contínua e o acompanhamento das ações com vista à segurança do doente.

Compete-lhe em especial:

- a) Elaborar estudos e apresentar propostas para a implementação de ações para a qualidade global no atendimento;
- b) Promover o conhecimento e utilização de metodologias específicas de avaliação e garantia de níveis de qualidade;
- c) Acompanhar e avaliar a implementação de ações para a qualidade.

Por fim, e no que respeita aos riscos profissionais, de referir ainda as competências do Serviço de Saúde Ocupacional, igualmente plasmadas no Regulamento Interno da Instituição.

Serviço de Segurança e Saúde Ocupacional

O Serviço de Segurança e Saúde Ocupacional (SSSO) tem como responsabilidade a organização da segurança e saúde no trabalho, tendo em vista a prevenção de riscos profissionais e a promoção da saúde dos profissionais.

Compete ao SSSO:

- a) Promover locais de trabalho saudáveis, através da promoção da saúde dos profissionais e a prevenção dos riscos profissionais com vista à manutenção da capacidade de trabalho;
- b) Investigar fatores desencadeantes ou agravantes de doença no local de trabalho e desenvolver estratégias para a sua correção;
- c) Analisar as causas dos acidentes de trabalho e propor medidas preventivas/corretivas sempre que se justifique;
- d) Colaborar na revisão e implementação do Plano de Segurança Interno, incluindo os simulacros;
- e) Assegurar a confidencialidade dos dados de saúde e proteger a privacidade dos profissionais;
- f) Desenvolver atividades de formação, informação e educação para a saúde;
- g) Apoiar os profissionais e os órgãos de administração, no estabelecimento e conservação do ambiente de trabalho saudável e seguro que favoreça a otimização da saúde física e mental relacionada com o trabalho.

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

Risco Económico

Aquando da criação do ULSAR, não se atendeu totalmente à estrutura financeira deficitária da entidade, na medida que “herdou” os resultados negativos acumulados do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE. Deste modo, face a esta situação e aos resultados negativos dos últimos exercícios, os Capitais Próprios da ULSAR revelam-se bastante negativos, embora se tenha assistido nos últimos anos a um reforço dos Capitais Estatutário da entidade, estes revelaram-se insuficientes face à dimensão dos montantes em dívida.

O Resultado Líquido no final de 2024 foi de 30,0 milhões de euros negativos, com um EBITDA também negativo de 24,8 milhões de euros, pelo que se salienta, que o mesmo representa um agravamento em 56,4 % face aos resultados obtidos no período homólogo.

Atendendo aos resultados alcançados nos últimos anos, evidenciam a manutenção de resultados líquidos negativos, deve-se manter alguma preocupação quanto a sustentabilidade económica e financeira da ULSAR.

A estrutura de custos existente, na ULSAR, ainda não foi devidamente suportada pelos proveitos apurados no âmbito do modelo de financiamento, pelo que o presente exercício apresenta um desequilíbrio financeiro. Os preços definidos no Contrato Programa para o pagamento dos serviços prestados aos beneficiários do SNS, foram abaixo dos preços de mercado, condicionando a evolução dos proveitos totais.

Risco Financeiro

O Despacho n.º 101/2009 – SETF, de 30 de janeiro, vem determinar as orientações gerais e específicas aos limites impostos ao financiamento das empresas públicas estabelecidas no Regime Jurídico do Sector Público Empresarial, que inclui os Hospitais EPE.

O financiamento da ULSAR, EPE por entidades externas, através de contratação de empréstimos, encontra-se bastante condicionado, quer em termos dos seus limites de endividamento, quer pela necessária autorização prévia da Tutela.

A ULSAR contraiu um empréstimo reconhecido à data de 31/12/2023 de 4.022.936,33 €. Este empréstimo refere-se a uma comparticipação financeira do Fundo de Coesão, por via de uma candidatura ao POSEUR, designada por Eficiência Energética do Hospital do Barreiro para apoio ao investimento em estruturas no domínio da Sustentabilidade e Eficiência no Uso de Recursos. Este apoio concedido é reembolsável num prazo de 21 anos sem encargos financeiros.

Quadro de acompanhamento das orientações gerais e específicas da Gestão do Risco Financeiro conforme disposto no Despacho n.º 101/2009 – SETF, de 30 de janeiro.

Risco Operacional

Os eventos ocorridos após a data do balanço sobre condições que existiam à data do balanço, são eventos ajustáveis considerados na preparação das demonstrações financeiras.

Neste contexto, importa referir que, no cumprimento da Circular Normativa n.º 6/2019/ACSS, de 21 de março, a ULSAR recebeu em 28 de março de 2024 a informação acerca dos ajustamentos para eliminação das diferenças contabilizadas entre as entidades e a ACSS, vindo a atualizar as estimativas de execução do Contrato-Programa de 2024 bem como do Índice desempenho Global para efeitos de apuramento dos incentivos associados.



Kamien
[Handwritten signature]
[Handwritten initials]

Ainda neste âmbito, a manutenção da guerra entre a Rússia e a Ucrânia e o conflito na faixa de Gaza entre Israelitas e Palestínianos trará inevitavelmente impactos significativos às economias portuguesa e europeia. Esta situação poderá traduzir-se numa deterioração do desempenho financeiro da ULSAR, verificando-se, desde já, incrementos dos custos de operação por via do aumento dos preços dos combustíveis, energia e gás, bem como, por inerência, de diversos outros produtos e serviços. Não obstante este quadro incerto, o Conselho de Administração, entende que a solvabilidade da ULS, bem como a continuação da sua atividade normal, não se encontra em causa.

Risco Jurídico

As constantes alterações no enquadramento jurídico, nomeadamente na legislação laboral, conjugado com a necessidade premente de autorização superior para a contratação de profissionais contribui fortemente para o aumento dos riscos na gestão de recursos humanos.

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

A ULSAR segue a Recomendação n.º 3/2015 (DR, 2.ª, n.º 132, 09/07/2015) que veio definir as seguintes linhas de orientação:

Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, devem identificar de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas.

Os riscos devem ser identificados relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo. Os Planos devem designar responsáveis setoriais e um responsável geral pela sua execução e monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais.

As entidades devem realizar ações de formação, de divulgação, reflexão e esclarecimento dos seus Planos junto dos trabalhadores e que contribuam para o seu envolvimento numa cultura de prevenção de riscos. Os Planos devem ser publicados nos sítios da internet das entidades a que respeitam, excetuando as matérias e as vertentes que apresentem uma natureza reservada, de modo a consolidar a promoção de uma política de transparência na gestão pública.

A monitorização passou a abranger todas as áreas de atividade por forma a garantir a maior cobertura em termos de prevenção, sendo exigível:

Uma identificação exaustiva dos riscos de gestão, dos riscos de corrupção e infrações conexas, dos conflitos de interesses, bem como as correspondentes medidas preventivas;

A identificação dos riscos relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica da ULSAR, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo.

A identificação dos responsáveis setoriais pela execução e monitorização do Plano, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios. Com o objetivo de acompanhar as atividades no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas, nesta Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, EPE



Handwritten signature and initials.

(ULSAR) encontra-se constituída uma Comissão de Acompanhamento da Prevenção de Corrupção (CAPC).

A comissão de Prevenção dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas faz um acompanhamento das matrizes de risco dos serviços onde são identificadas as medidas de mitigação dos mesmos, realizando inclusive auditorias para verificação das eficácias das medidas identificadas.

8. Identificação dos principais elementos do SCI e de Gestão de Risco implementados na entidade relativamente ao processo de divulgação da informação financeira

A informação financeira é produzida no Serviço Financeiro da ULSAR, é avaliada pelo Revisor Oficial de Contas a quem cabe a sua certificação. O Conselho Fiscal avalia os SCI e emite Relatório e parecer com as conclusões e recomendações. Adicionalmente o Conselho Fiscal e o Revisor Oficial de Contas elaboram relatórios trimestrais de acompanhamento da execução económico-financeira e orçamental.

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.

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE (CHBM) foi criado a 1 de novembro de 2009, através do Decreto-lei n.º 280/2009 de 6 de outubro, com a natureza de entidade pública empresarial, por fusão do Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE e do Hospital Distrital do Montijo.

O Decreto-Lei nº 102/2023, de 7 de novembro procede à criação da Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, EPE com integração no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE do Agrupamento de Centros de Saúde Arco Ribeirinho.

O Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, define o regime jurídico e os estatutos aplicáveis às unidades de saúde com a natureza de entidades públicas empresariais.

A legislação que enquadra a orgânica e funcionamento da ULSAR é a seguinte:

- O Decreto-Lei n.º 280/2009, de 6 de outubro, que cria o CHBM;
- O Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o estatuto do Serviço nacional de Saúde;
- O Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro que define o regime jurídico do Sector Público Empresarial;
- A Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que aprova a Lei de Base da Saúde.
- O Decreto-Lei nº 102/2023, de 7 de novembro, que cria a ULSAR.

Para o Regulamento Interno da ULSAR foi adotado o modelo de gestão participada por objetivos assente em níveis de gestão estratégica, intermédia e operacional, em que os centros de responsabilidade e as direções de serviço assumem e desempenham um papel determinante.

Em 30/01/2014, e após consulta prévia dos trabalhadores em conformidade com o estabelecido no artigo 115.º, n.º 2 do Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas e artigo 99.º, n.º 2 do Código do Trabalho, foi aprovado o Regulamento do Horário de Trabalho que contém as normas de organização e disciplina do trabalho.



Handwritten signature and initials

Em 27/02/2014 foi aprovado o Plano de Igualdade e de Género com o objetivo de alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, eliminar as discriminações e permitir a conciliação da vida pessoal, familiar e profissional

Regulamento e Códigos da ULSAR

Regulamentos e códigos

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;**

O reforço dos valores éticos no comportamento do indivíduo e da comunidade em geral, a definição dos princípios de bom governo no Estado e nas suas empresas, bem como a instância da responsabilidade social, exigiram a aprovação do Código de Ética em 19/09/2013, tendo o mesmo sido atualizado em 20/10/2016, de forma a dar resposta ao Despacho n.º 9456-C/2014 (Enquadramento dos Princípios Orientadores do Código de conduta dos Serviços e Organismos do Ministério da Saúde) e ao Código do Procedimento Administrativo aprovado pelo Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de Janeiro, sendo enquadradas com as normas Portuguesa NP 4460-1:2017 e NP 4460-2:2010. Trata-se de uma sistematização das regras de conduta num documento público e partilhado que norteia a atuação responsável da Instituição e dos seus colaboradores. Visa personalizar de forma clara a essência da Instituição e divulgar os princípios, valores e regras de conduta que regem a prossecução da sua missão. Encontra-se publicado no *site* da ULSAR estando desta forma disponível para consulta para todos os colaboradores, utentes, clientes e fornecedores.

Código de Ética

[Código de Ética.pdf](#)

- 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 interesses 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 (vd. artigo 47.º do RJSPE).**

A ULSAR possui Código de Conduta Ética, o qual comporta os comportamentos éticos e deontológicos seguidos pela instituição, tendo o mesmo sido divulgado por todos os seus colaboradores, clientes, fornecedores e pelo público em geral. Com base nos seus padrões éticos, a ULSAR trata com equidade todos os seus clientes e fornecedores e demais titulares de interesses legítimos, pautando o seu comportamento pelo cumprimento da legislação e regulamentação em vigor sobre estas matérias.



Ilana

3. Regime Geral da Prevenção da Corrupção (RGPC: anexo do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro):

a) Referência à existência do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR, vd. artigo 6.º do RGPC);

Com o objetivo de acompanhar as atividades no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas, encontra-se constituída uma Comissão de Acompanhamento da Prevenção de Corrupção (CAPC).

Esta CAPC procede à elaboração, atualização e revisão anual do Plano de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas, monitoriza a execução do mesmo e elabora os correspondentes relatórios.

Plano de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas, atualizado em 11/03/2022

[Plano de prevenção da corrupção e infrações conexas.pdf](#)

Com a publicação da Recomendação n.º 3/2015 (DR, 2.ª, n.º 132, 09/07/2015), definiram-se novas orientações, nomeadamente quanto à identificação dos riscos de gestão e de corrupção relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo, assim como quanto à designação dos responsáveis pela execução e monitorização do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (adiante, designado Plano), bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais.

Assim, a monitorização passou a abranger todas as áreas de atividade por forma a garantir a maior cobertura em termos de prevenção, exigindo-se:

- Uma identificação exaustiva dos riscos de gestão, dos riscos de corrupção e infrações conexas, dos conflitos de interesses, bem como as correspondentes medidas preventivas;
- A identificação dos riscos relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica do ULSAR, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo.
- A identificação dos responsáveis setoriais pela execução e monitorização do Plano, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios.

Em conformidade com a mesma Recomendação, os diretores ou responsáveis das unidades da estrutura orgânica, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo, são os “responsáveis setoriais” pela execução do Plano e sua monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios. A CAPC assume as competências do “responsável geral” pela execução e monitorização do Plano.

Tendo por base a estrutura de gestão instituída com o Regulamento Interno, os diretores e/ou responsáveis dos serviços ou unidades que seguidamente se indicam, constituem-se como “responsáveis setoriais” pela execução do Plano e sua monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios:

- Conselho de Administração;
- Centro de Responsabilidade para a Área Cirúrgica;



Handwritten signature and initials

- Serviços de Ação Médica (Medicina, Cirurgia, Psiquiatria, etc.);
- Serviços de Diagnóstico e Terapêutica (Imagiologia, Patologia Clínica, etc.);
- Serviços de Apoio à Ação Médica (Farmacêuticos, Ação Social, Nutrição e Dietética, etc.);
- Serviços de Apoio Geral (Recursos Humanos, Financeiros, Aprovisionamento, etc.);
- Gabinetes de Assessoria (Apoio à Gestão, Jurídico, Comunicação e Imagem, etc.).

Compete, em especial, ao “responsável geral” – CAPC:

- Assegurar a elaboração do Plano, com identificação dos riscos de gestão, incluindo os de corrupção e os conflitos de interesses, bem como as correspondentes medidas preventivas;
- Monitorizar a execução do Plano e elaborar os correspondentes relatórios de acompanhamento;
- Assegurar a articulação com os “responsáveis setoriais” pela execução do Plano e promover a identificação e monitorização das atividades de risco de gestão, os riscos de corrupção e os conflitos de interesses, bem como as correspondentes medidas preventivas;
- Realizar auditorias de acompanhamento entendidas por convenientes.

Compete aos “responsáveis setoriais”:

- Participar na identificação e monitorização das atividades de risco de gestão, de risco de corrupção e conflitos de interesses, bem como as correspondentes medidas preventivas;
- Instituir mecanismos de acompanhamento das atividades de risco identificadas nas áreas de intervenção respetivas, rever periodicamente os resultados face a novos eventos de que, entretanto, tomem conhecimento, bem como assegurar que as medidas de controlo instituídas estão a ser executadas.
- Elaborar os correspondentes relatórios sobre a execução do Plano.

Com vista a operacionalizar mecanismos de controlo que previnam conflitos entre os interesses privados e o interesse público no domínio da atividade como membros de júri, o Despacho n.º 2156-B/2014 do Ministro da Saúde (DR, 2.ª, 28, 10/02/2014) aprovou o modelo de declaração de inexistência de incompatibilidades previsto no artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro, que se instituiu como obrigatória nesta ULS.

Por esta via estabeleceu-se o regime jurídico das incompatibilidades dos membros das Comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais, e consultores que apoiam os respetivos júris, ou que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, nas áreas do medicamento e do dispositivo médico.

Relativamente aos procedimentos pré-contratuais nas restantes áreas (material de consumo clínico, produtos alimentares, material de consumo hoteleiro, consumo administrativo, manutenção e conservação, investimento, prestação de serviços, etc.), encontram-se instituídas declarações de incompatibilidade que são assinadas pelos membros do júri.

b) Referência à elaboração de relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo (vd. alínea a) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC);

O Relatório de Avaliação Intercalar do Plano de Riscos de 2023, nas situações identificadas de risco elevado ou máximo, foi elaborado e aprovado pelo órgão de gestão a 26 de outubro de 2023 e remetido

às entidades competentes. De notar que os riscos identificados de risco elevado ou máximo se referem a riscos de gestão, não havendo nenhum risco de corrupção ou infração conexa nestas condições.

Relatório de Acompanhamento do Plano de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas de 2023

[Relatório de acompanhamento do PPCIC.pdf](#)

- c) **Referência à elaboração de relatório de avaliação anual (vd. alínea b) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC e n.º 1 do artigo 46.º do RJSPE, que remete para a alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, a que corresponde a atual alínea g) do n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro);**

O Relatório de Avaliação Anual do Plano de Riscos de 2023 foi elaborado e aprovado pelo órgão de gestão a 13 de abril de 2023 e remetido às entidades competentes.

- d) **Referência à existência de um código de conduta, por parte das entidades abrangidas, nos termos e de acordo com o disposto no artigo 7.º do RGPC.**

O código de conduta encontra-se no portal da intranet e através do sítio da internet:

[Código de conduta.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 (vd. alíneas d) a i) do n.º 1 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 do grupo.**

Se aplicável, a informação é reportada no Sistema de Recolha de Informação Económico Financeira (SIRIEF).

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

A informação referente ao grau de execução dos objetivos fixados é reportada mensalmente:

- À DGTF através da Plataforma SIRIEF;
- À ACSS através dos serviços *online* da UOGF e da plataforma SICA;
- À ARSLVT através da Plataforma SICA;
- À DGO através da Plataforma SIGO.

A justificação dos desvios verificados e indicação de medidas de correção aplicadas ou a aplicar é remetida mensalmente para a ARSLVT e ACSS através do Relatório Analítico do Desempenho Económico e Financeiro (RADEF).



Handwritten signature and initials

c) Planos de Atividades e Orçamento, anuais a plurianuais, incluindo os planos de investimento e as fontes de financiamento.

Os Planos de Atividade e Orçamento são submetidos nas plataformas SIRIEF para a DGTF, na plataforma SICA para a ARSLVT e ACSS.

d) Orçamento anual e plurianual.

Os Orçamentos são reportados nas plataformas SICA para a ARSLVT e ACSS e SIGO para a DGO.

e) Documentos anuais de Prestação de Contas.

Os documentos anuais de prestação de contas são reportados através do SIRIEF para a DGTF e na plataforma de prestação eletrónica de contas do Tribunal de Contas.

São publicados no Site da ULSAR e remetidos para a ARSLVT, ACSS, IGF e DGTF.

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

A informação mencionada é reportada no SIRIEF quando disponibilizada pelo órgão de fiscalização.

E. Sítio de Internet

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

A informação relacionada com a atividade da ULSAR, designadamente, a sede e demais elementos mencionados no artigo 171.º do Código das Sociedades Comerciais, o Regulamento Interno, os titulares dos órgãos sociais e os Relatórios e Contas anuais, bem como as obrigações de divulgação que constam do artigo 44.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 de 3 de outubro, estão disponíveis e têm divulgação no sítio da internet:

[Site ULSAR/](#)

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

[Contactos](#)

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

[Estatutos.pdf](#)

[regulamentos e códigos](#)

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

Conselho de Administração

[Despacho de nomeação do CA.pdf](#)



Handwritten signature and initials

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

Prestação de Contas

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

Contratos Programa

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

Termos de referencia e contratualização.pdf

Os apoios financeiros recebidos do Estado nos últimos três anos, remete-se para o ponto anterior - Contratos programa.

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

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

Regulamento Interno

Regulamento Interno.pdf

b) Código de Ética;

Código de Ética

Código de Ética.pdf

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

Plano de Prevenção de riscos de Corrupção e Infrações Conexas

PGRIC.pdf

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

Relatório de avaliação intercalar

Relatório de avaliação intercalar.pdf



Handwritten signature and initials

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

Relatório de avaliação anual

[Relatório de avaliação anual.pdf](#)

f) Código de Conduta;

Código de Conduta

[Código de Conduta.pdf](#)

g) Relatório sobre remunerações por género;

Relatório Remunerações por Género

[Relatório Remunerações por genero.pdf](#)

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

O sítio da internet da ULSAR, disponibiliza os documentos de prestação de contas, nomeadamente, no Relatório do Governo Societário e Relatório e Contas:

[Relatório do Governo Societario.pdf](#)

[Relatório e Contas.pdf](#)

[Plano de Atividade e Orçamento.pdf](#)

Mensalmente é elaborado o Relatório Analítico de Desempenho Económico Financeiro (RADEF), aprovado pelo Conselho de Administração.

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

[Relatório do Governo Societario](#)

4. No caso de entidades abrangidas, nos termos do artigo 2.º do RGPC, indicação das hiperligações para acesso direto aos elementos listados no n.º 1 do artigo 12.º do RGPC.



Handwritten signature and initials in blue ink.

F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral

- 1. Referência ao contrato celebrado com a empresa pública em que lhe tenha sido confiada a prestação de um serviço público ou de interesse geral, respeitante à remuneração dessa atividade (vd. n.º 3 do artigo 48.º do RJSPE).**

Contratos Programa e Acordos modificativos assinados com a tutela setorial.

O Contrato Programa da ULSAR foi celebrado para o triénio 2024/2026, sendo revisto anualmente através de Acordos Modificativos, e define as orientações e objetivos de gestão no âmbito da prestação de serviços de cuidados de saúde, em termos de quantidades de produção contratada, a respetiva remuneração, os custos inerentes à realização dessa atividade e incentivos institucionais atribuídos em função do cumprimento de objetivos de qualidade e eficiência económico-financeira. Em março de 2025 foi assinado o Acordo Modificativo para o ano de 2024, que prorrogou o Contrato-Programa estabelecido para o triénio 2024-2026.

- 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 (vd. n.os 1, 2 e 4 do artigo 48.º do RJSPE). A empresa deve apresentar declaração do seguinte:**

- a) Que elaborou uma proposta de contratualização da prestação de serviço público;**

Contratos Programa e Acordos modificativos assinados com a tutela setorial.

- b) Que essa proposta foi apresentada ao titular da função acionista e ao membro do Governo responsável pelo respetivo setor de atividade;**

Contratos Programa e Acordos modificativos assinados com a tutela setorial.

- c) Que a proposta cumpre com todos os requisitos legais definidos no n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE.**

Contratos Programa e Acordos modificativos assinados com a tutela setorial.

O contrato-programa celebrado com a tutela e resultante da negociação realizada após apresentação de proposta pela ULSAR é um instrumento de operacionalização da política do Ministério da Saúde e do planeamento regional de afetação de recursos, em consonância com o Plano Estratégico do Hospital. Este contrato sustenta os seus termos nos princípios seguintes:

- Promoção do acesso, melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, satisfação dos utentes e obtenção de ganhos em saúde;



Handwritten signature and initials

- Gestão criteriosa e utilização eficiente dos recursos disponíveis na procura da sustentabilidade económico-financeira do Hospital e do Serviço Nacional de Saúde.

No documento do Contrato Programa (vide link abaixo) estão definidas as metas de atividade, os custos, os indicadores de Qualidade e Eficiência, em conformidade com o modelo de financiamento vigente, bem como os critérios de avaliação para o ano em referência.

O contrato-programa inicial de 2024 está divulgado no portal da intranet e através do sítio da internet:

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.

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro, procedeu à definição dos critérios de determinação do vencimento dos gestores públicos, tendo remetido para resolução própria a fixação dos critérios aplicáveis aos gestores das entidades públicas integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Nesta conformidade, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro, aprovou os critérios de determinação do vencimento dos gestores das entidades integrantes do SNS, nomeadamente dos centros hospitalares, dos hospitais e das unidades locais de saúde, atendendo ao seu especial enquadramento e características.

Assim, o vencimento mensal ilíquido dos membros dos conselhos de administração que exercem funções a tempo integral é definido tendo por base o valor padrão do vencimento mensal ilíquido do Primeiro-Ministro, bem como os critérios de classificação das empresas definidos na Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março.

A remuneração atribuída ao Conselho Fiscal é regulada pelo Despacho Conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e do Secretária de Estado da Saúde datado de 08 de novembro 2024, que determina o montante mensal de 933,57€ para o Presidente e de 700.19€ para os vogais, ambos pagos 14 vezes ao ano.

2. Identificação dos mecanismos 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.

Foi emitida Declaração pelos membros do Conselho de Administração relativa ao conflito de interesses nos termos do n.º 1.º do art.º 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

Por outro lado, é cumprido o disposto no art.º 51.º do DL 133/2013 “Os membros dos órgãos de administração das empresas públicas abstêm-se de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas”.

Não existem despesas realizadas pelos membros do Conselho de Administração.

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.

As declarações de conflito de interesses do Conselho de Administração encontram-se em anexo.

B. Comissão de Fixação de Remunerações

Não aplicável, uma vez que a ULSAR é uma entidade pública empresarial não está previsto nos estatutos a existência de Comissão para Fixação de Remunerações.

C. Estrutura das Remunerações

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

A política de remunerações dos membros do Conselho de Administração decorre dos critérios definidos na Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro, e dos critérios de classificação das empresas estabelecidos na Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março.

A remuneração atribuída ao Conselho Fiscal é regulada pelo Despacho Conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e do Secretária de Estado da Saúde datado de 26 abril 2018.

A remuneração atribuída ao Revisor Oficial de Contas tem em conta o Despacho conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e da Secretária de Estado da Saúde datado a 14 de dezembro de 2018, tendo em conta que o mesmo se mantém em exercício de funções até nova nomeação.

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.

Em conformidade com o n.º 1 e 2 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público (Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro) a remuneração dos membros do Conselho de Administração integra um vencimento mensal que não pode ultrapassar o vencimento mensal do Primeiro-Ministro. Integra ainda um abono mensal, pago 12 vezes ao ano, para despesas de representação no valor de 40 % do respetivo vencimento. Porém, e por força da Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro, durante a vigência do Programa de Assistência Económica e Financeira a Portugal (PAEF), da aplicação das regras de fixação de remuneração estabelecidas pelo Estatuto do Gestor Público não pode resultar um aumento da remuneração efetivamente paga aos membros do conselho de administração, tendo por referência a remuneração atribuída à data.

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 aplicável, não existe uma componente variável da remuneração.



Handwritten signature

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

Não aplicável, não existe uma componente variável da remuneração.

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

Não aplicável, não está previsto no contrato de gestão atribuição de prémios.

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 se aplica à ULSAR regimes complementares de pensões ou de reforma antecipada para os membros do conselho de administração.

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:

O estatuto remuneratório é o decorrente do regime jurídico do sector empresarial do estado (Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro) e do estatuto do gestor público (aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007 de 27 de março e republicado pela Lei n.º 8/2012 de 18 de janeiro), bem como da Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, publicada no DR, I série, n.º 61 de 26 de março.

Acresce que, por força da Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro, durante a vigência do PAEF as despesas de representação não são calculadas nos termos definidos no n.º 2 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público.

O montante anual da remuneração auferida e indicada no quadro que segue, incorpora as reduções previstas na Lei n.º 12-A/2010, de 30 de junho, na Lei do Orçamento de Estado e na Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro.

Ao abrigo do disposto no n.º 8 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público, um membro do Conselho de Administração optara pelo vencimento do lugar da origem.



Rouven

44
B

Estatuto do Gestor Público

Nome	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)	
			Vencimento	Despesas de representação
Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro	S	B1	4 609,11 €	1 843,63 €
Miguel Ângelo Madeira Rodrigues	S	B1	3 687,29 €	1 474,92 €
Jorge Manuel da Silva Pinto	S	B1	3 687,29 €	1 474,92 €
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	N	B1	5 990,36 €	1 474,92 €
José Filipe Fernandes Nunes	S	B1	3 687,29 €	1 474,92 €
Anabela Domingues Pires Ribeiro Martins	N	B1	5 547,99 €	1 474,92 €

Remuneração Anual 2024 (€)

Nome	Fixa	Variável	Bruta	Redução Remuneratória	Reversão Remuneratória	Valor Final
Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro	86 651,10 €	957,28 €	87 608,38 €	- €	- €	87 608,38 €
Miguel Ângelo Madeira Rodrigues	69 321,10 €	NA	69 321,10 €	- €	- €	69 321,10 €
Jorge Manuel da Silva Pinto	69 321,10 €	NA	69 321,10 €	- €	- €	69 321,10 €
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	101 893,96 €	7 232,94 €	109 126,90 €	- €	- €	109 126,90 €
José Filipe Fernandes Nunes	69 321,10 €	166,08 €	69 487,18 €	- €	- €	69 487,18 €
Anabela Domingues Pires Ribeiro Martins	88 816,18 €	5 420,28 €	95 236,46 €	- €	- €	95 236,46 €
TOTAL			500 101,12 €			500 101,12 €

Benefícios Sociais 2024 (€)

Nome	Valor Subsídio Refeição		Regime de Proteção Social		Seguro de Vida	Seguro de Saúde	Outras
	Diário	Encargo anual	Entidade	Encargo anual	Encargo anual	Encargo anual	Encargo anual
Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro	6,00 €	1 518,00 €	CGA	9 531,60 €	NA	NA	
Miguel Ângelo Madeira Rodrigues	6,00 €	1 518,00 €	CGA	7 625,28 €	NA	NA	
Jorge Manuel da Silva Pinto	6,00 €	1 518,00 €	CGA	7 625,28 €	NA	NA	
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	6,00 €	1 398,00 €	CGA	12 003,91 €	NA	NA	
José Filipe Fernandes Nunes	6,00 €	1 410,00 €	CGA	7 625,28 €	NA	NA	
Anabela Domingues Pires Ribeiro Martins	6,00 €	1 290,00 €	CGA	10 476,00 €	NA	NA	
TOTAL		8 652,00 €		54 887,35 €			

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 aplicável, não existem entidades em relação de domínio.

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.



Handwritten signature and initials

Não aplicável, não existem lucros distribuídos.

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

Não se registaram pagamentos desta natureza em 2024.

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

Nome	Remuneração Anual 2024
Renato Ffilesberto Pinto Marques	5 380,00 €
Anabela Mendes Garcia Barata	4 757,60 €
TOTAL	10 137,60 €

Nome	Remuneração Anual 2024
José Miguel Morais Azevedo Rodrigues	1 787,45 €
Miguel Teixeira Ferreira Roquette	1 340,59 €
Rita Domingues Santos Cunha Leal	1 340,59 €
TOTAL	4 468,63 €

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

De acordo com os estatutos dos Hospitais E.P.E., a ULSAR não dispõe de Assembleia Geral.

VIII. Transações com partes relacionadas e Outras

1. Apresentação de mecanismos implementados pela empresa para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas² e indicação das transações que foram sujeitas a controlo no ano de referência.

Os mecanismos implementados para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas resultam das normas de contratação pública em vigor na ULSAR que decorrem do Código dos Contratos Públicos (CCP) aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008 de 29 de Janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 111-B/2017, de 31 de agosto (retificado pelas declarações de retificação n.º 36-A/2017, de 30 de outubro e n.º 42/2017, de 30 de novembro), pelo Decreto-Lei n.º 33/2018, de 15 de maio, pelo

² Para efeitos do conceito de parte relacionada tenha-se em conta o que se encontra definido na NCP 20 (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).

Decreto-Lei n.º 170/2019, de 4 de dezembro, pela Resolução da Assembleia da República n.º 16/2020, de 19 de março e pela Lei n.º 30/2021 de 21 de maio.

Em 2012 foi aprovada uma “Política de Aprovisionamento” que visa estabelecer as regras relativas à aquisição de bens, serviços e aquisição de empreitadas, bem como à gestão dos stocks, concretizadas através da ação desenvolvida pelo Serviço de Aprovisionamento (SAp), com a participação dos clientes internos (utilizadores).

A preparação e realização da compra são sempre e apenas, efetuadas pelo SAp segundo as regras de contratação pública constantes no CCP e demais legislações aplicáveis. A “Política de Aprovisionamento” é operacionalizada através da elaboração e implementação dos Procedimentos Gerais ou Sectoriais.

O SAp tem Certificação pela Norma ISO 9001:2015, desde 2009, tendo sido o primeiro serviço de aprovisionamento certificado a nível nacional por este referencial. Tendo em vista assegurar a eficiente utilização dos recursos, o eficaz controlo dos processos e a avaliação e minimização dos riscos identificados, estão aprovados e publicados 12 procedimentos internos, além do Manual de Qualidade e do Manual de Procedimentos e Boas Práticas na área da Contratação Pública.

Durante o ano a que se reporta o presente Relatório, não foi celebrado nenhum contrato de valor superior a 5M€, sendo, contudo, submetidos a fiscalização prévia do Tribunal de Contas todos os atos, contratos ou outros instrumentos geradores de despesa nos termos dos artigos 44.º a 48.º da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas.

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.

No âmbito do Contrato Programa estabelecido para 2024 e tendo em consideração as instruções da ACSS, apuraram-se proveitos no valor global de 165,9 milhões de euros, distribuídos pelas seguintes rubricas:

Prestações de Serviços (SNS)	
	2024
Custos de Contexto	14 701 483 €
Valor Capitual (ULS)	151 229 478 €
TOTAL	165 930 961 €

2. Informação sobre outras transações.

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

As presentes Normas Gerais de Contratação de bens, serviços e empreitadas de obras públicas, estabelecem a disciplina aplicável à contratação pública da Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, EPE, adiante designado por ULSAR, EPE, ao abrigo do disposto no Código dos Contratos Públicos (CCP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 111-B/2017, de 31 de agosto (retificado pelas declarações de retificação n.º 36-A/2017, de 30 de outubro e n.º 42/2017, de 30 de novembro), pelo Decreto-Lei n.º 33/2018, de 15 de maio, pelo Decreto-Lei n.º 170/2019, de 4 de dezembro, pela Resolução da Assembleia da República n.º 16/2020, de 19 de março e pela Lei n.º 30/2021 de 21 de maio.



Handwritten signature and initials

As normas presentes no Manual de Procedimentos e Boas Práticas na área da Contratação Pública aplicar-se-ão no âmbito da Gestão de Compras, da responsabilidade exclusiva do Serviço de Aprovisionamento, que se encontra centralizada na Unidade do Barreiro da ULSAR, EPE.

À contratação pública, enquanto procedimento administrativo, é aplicável a generalidade dos princípios da atividade administrativa regulada em especial no CCP, sendo subsidiariamente aplicáveis, com as necessárias adaptações, as restantes normas de direito administrativo e, na falta destas, o direito civil.

O Manual de procedimentos e boas práticas na área da contratação pública foi atualizado em 2021.

[Manual de Boas Práticas de Contratação Pública.pdf](#)

As transações relevantes com outras entidades, são as seguintes:

Transações Relevantes		
Nome	Descrição	Valor (€)
Gilead Sciences, Lda.	Matérias Primas	2 172 694 €
Msd-Merck Sharp & Dohme,Lda	Matérias Primas	1 874 424 €
Viiiv Healthcare,Unipessoal,Ld	Matérias Primas	1 857 387 €
Janssen-Cilag Farmacêutica,Lda	Matérias Primas	1 464 109 €
Glaxosmithkline -Prod. Farmac., Lda.	Matérias Primas	892 524 €
Siemens Healthcare Unipessoal, Lda.	Equipamento	768 713 €
Novartis Farma, Sa.	Matérias Primas	736 873 €
Sanofi - Prod. Farmacêuticos, Lda	Matérias Primas	731 654 €
Roche Farmaceutica Quimica, Lda	Matérias Primas	673 161 €
Laboratórios Pfizer, SA.	Matérias Primas	598 749 €

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

Não existem transações que tenham ocorrido fora das condições de mercado.

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

Lista de fornecedores com transações com a empresa que representem mais de 5% dos fornecimentos e serviços externos.

Transações que representam 5% dos FSE		
NIF	Nome	Valor (€)
501 323 325	Uniself, Lda	2 244 860 €
504 458 086	SA LIMPA FACILITY SERVICES LDA	1 747 011 €
500 900 469	Such-Serv. Utilização Comum Hospitais	1 262 030 €



Flam...
FC
FC

IX. Análise de sustentabilidade da entidade nos domínios económicos, social e ambiental

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

A ULSAR, EPE, perfilando-se como uma empresa prestadora de serviços de saúde de excelência à população da sua área de atração dos concelhos de Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, procura garantir a acessibilidade aos doentes da sua carteira de serviços e assegurar o necessário desenvolvimento técnico e tecnológico.

À semelhança do que tem acontecido nos últimos anos, a estratégia da ULSAR no ano de 2024, teve como princípio orientador o retorno aos níveis de atividade assistencial comparáveis com o ano de referência de 2019. Igualmente, foram implementadas medidas tendentes a garantir o aumento da produção a realizar, bem como o cumprimento das metas dos indicadores de qualidade e eficiência definidos no âmbito do Contratos Programa de 2024. Simultaneamente, a gestão rigorosa do orçamento económico disponível, sujeito a uma grande pressão dada a necessidade de reforçar as equipas clínicas e garantir a realização de investimentos prementes para a prestação de cuidados.

Nesta linha, mantêm-se em execução os principais investimentos iniciados pela ULSAR, bem como a candidatura a novos programas de financiamento para o Serviço Nacional de Saúde, alavancando a estratégia de incremento da atividade assistencial da ULS.

Por outro lado, pretende-se dar continuidade à promoção da atividade assistencial de ambulatório, nomeadamente o incremento da cirurgia de ambulatório, e dar continuidade à realização de atividade assistencial com recurso a novas tecnologias de acompanhamento dos doentes à distância, bem como a hospitalização domiciliária.

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

O Serviço de Pediatria da ULSAR, renovou a sua certificação pela Direção-Geral da Saúde (DGS), em conformidade com o Modelo de Acreditação da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), adotado pelo Ministério da Saúde Português.

O Serviço de Recursos Humanos renovou a certificação em junho de 2024.

O Serviço de Radioterapia renovou a certificação em outubro de 2024.

O Serviço de Aprovisionamento renovou a certificação em dezembro de 2024.

O Serviço de Imunohemoterapia renovou a certificação em novembro de 2024.

A Unidade de Saúde Familiar Lavradio - Foi acreditada pela DGS em 2024, cumprindo os standards definidos no Manual de Standards de Unidades de Saúde - Gestão Clínica - ME 5 1_08, aplicáveis à sua carteira de serviços. Foi certificada com o nível de qualidade Bom em maio de 2024.

A Unidade de Saúde Familiar Lavradio - Foi acreditada pela DGS em 2024, cumprindo os standards definidos no Manual de Standards de Unidades de Saúde - Gestão Clínica - ME 5 1_08, aplicáveis à sua carteira de serviços. Foi certificada com o nível de qualidade Bom em maio de 2024.



Handwritten signature and initials.

A Unidade de Saúde Familiar Santo António da Charneca - Foi acreditada pela DGS em 2022, cumprindo os standards definidos no Manual de Standards de Unidades de Saúde Gestão Clínica ME 5 1_07, aplicáveis à sua carteira de serviços de cuidados de saúde primários. Foi certificada com o nível de qualidade Bom em junho de 2024.

A Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio - USPAS - Foi acreditada pela DGS em 2019, cumprindo os standards definidos no Manual de Standards de Unidades de Saúde de Ambulatório ME 28 1_01, aplicáveis à sua carteira de serviços. Foi certificada com o nível de qualidade Bom em julho de 2024.

O modelo ACSA é o adotado pela DGS para a certificação das unidades de saúde por se considerar ser o que melhor se adapta aos critérios definidos na Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde e por ser um modelo consolidado e reconhecido, concebido para um sistema público de saúde de organização semelhante ao português.

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;

A satisfação dos utentes, enquanto indicador da qualidade dos serviços de saúde, reveste-se da maior importância, quer para entender as reações às políticas definidas para o sector, quer para avaliar o grau de correção da qualidade em resultado da sua aplicação. Neste sentido, e no âmbito do Sistema Integrado de Gestão por Objetivos (SIGO) e numa perspetiva de melhoria contínua, a ULSAR realiza anualmente um inquérito de satisfação aos utentes.

Adotou-se uma nova metodologia para recolha da avaliação da satisfação dos utentes e sua perceção da qualidade dos serviços prestados, através de terminais eletrónicos higienizáveis e com recurso a tecnologia de toque (touch-screen). Estes terminais SmileyTouch da HappyOrNot. Trata-se de uma metodologia mais user friendly e fácil de usar pelos utentes, que recorre a uma escala de faces para avaliação da satisfação, pedindo de seguida qual o fator mais determinante para a satisfação ou insatisfação. Permite ainda recolher sugestões/comentários. O tempo médio de resposta é inferior a 1 minuto.

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;

A ULSAR tem um Manual de Boas Práticas Ambientais, onde estão elencadas medidas de eficiência hídrica e energética adotadas e a adotar, tendo em vista a redução de consumos de água e energia, nomeadamente:

- ✓ monitorização pelo Gestor Local de Energia e Carbono dos indicadores de consumo;
- ✓ redução da pressão do abastecimento de água a partir da rede pública;
- ✓ instalação de redutores de caudal em todas as torneiras;
- ✓ instalação de torneiras de pressão ou temporizadas;
- ✓ otimização das temperaturas de climatização;
- ✓ substituição gradual de janelas em zonas climatizadas;
- ✓ aplicação de películas refletoras em vãos envidraçados;
- ✓ substituição progressiva de iluminação por equipamentos mais eficientes;



- ✓ criação de pastas informáticas partilhadas por forma a facilitar o acesso à informação e reduzir a impressão de documentos;
- ✓ continuação da centralização de equipamentos informáticos de impressão;
- ✓ redução dos dispositivos de impressão a cores;
- ✓ programação de equipamentos multifunções para impressão frente e verso em modo *draft*;
- ✓ “Pare, Pense, Mude: Pequenos gestos, grandes mudanças”. Este é o mote para a segunda Campanha de Sustentabilidade Ambiental, desenvolvida no âmbito do Programa de Eficiência Energética (Eco.AP) e do Plano Estratégico do Baixo Carbono (PEBC) do Ministério da Saúde.

Dinamizar a economia circular.

Foi dada continuidade à implementação das medidas previstas no Guia de Combate ao Desperdício, com trabalho executado pelo Serviço de Nutrição e Alimentação em articulação com os serviços de internamento, para reduzir o desperdício alimentar nas refeições fornecidas pela ULSAR. A iniciativa “Monitorização do Desperdício Alimentar na ULS” tem como principais objetivos a avaliação do desperdício alimentar em meio hospitalar, de forma a aumentar a satisfação dos doentes com a alimentação fornecida e implementar estratégias para combate ao desperdício alimentar.

Em abril de 2017 foi apresentada uma candidatura ao Programa Operacional da Sustentabilidade e Eficiência no Uso de Recursos (POSEUR), apresentando um projeto no valor de 5,2M€, cujo termo de aceitação foi assinado a 20 de outubro. Este projeto foi concluído com sucesso em outubro de 2023, com a implementação das medidas preconizadas no POSEUR, tendo cumprido todos os pressupostos estabelecidos no início do projeto: alteração da classe energética de C para B - no Hospital de Nossa Senhora do Rosário, instituição onde foram implementadas todas as medidas, visando a redução do consumo anual de energia primária e a diminuição da emissão de gases com efeitos de estufa.

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;

A ULSAR promove uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, eliminando as discriminações e permitindo sempre que possível a conciliação da vida pessoal, familiar e profissional. Tem promovido a igualdade de oportunidades, respeito pelos direitos humanos de não discriminação, no cumprimento da legislação em vigor nesta matéria, nomeadamente no que respeita à política de contratações e de atribuição de todos os direitos e regalias previstos na legislação. Para que esta igualdade seja completamente conseguida, é necessário que seja exercida em todos os aspetos da vida individual e social. A eliminação das desigualdades entre homens e mulheres é um objetivo que deve ser prosseguido por todos, com especial enfoque naqueles cuja influência e posicionamento serve de referencial social, como é o caso das Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde.

Objetivos gerais

- Garantir a igualdade de oportunidades e de tratamento entre homens e mulheres na ULSAR.
- Constituir um exemplo, interno e externo, de boas práticas na área da saúde no que respeita à Igualdade de Género.

Objetivos específicos



Raquel
[Signature]
[Signature]
[Signature]

- Fomentar a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres na ULSAR.
- Contribuir para o desenvolvimento de medidas de conciliação da vida familiar e profissional.

Em 2021 é aprovado o Relatório sobre Remunerações por Género 2020, concluindo em cumprimento do previsto na Lei e também enquanto entidade empregadora pública, a ULSAR, EPE investe numa política de igualdade de oportunidades entre mulheres e homens, bem identificada nos processos de recrutamento e seleção, na promoção e progressão da carreira, prevenindo assim qualquer forma de discriminação. A taxa de feminilidade da ULSAR, EPE corresponde a 80,95% do total dos colaboradores efetivos. A diminuta representatividade do género masculino nos vários grupos profissionais, excetuando-se o Conselho de Administração, Pessoal de Informática e Outro Pessoal, não resulta da utilização de práticas discriminatórias, mas pela ausência de participação de profissionais do género masculino na maioria dos processos de recrutamento e seleção.

Relativamente às remunerações processadas, é aplicada a mesma tabela salarial a todos os profissionais da ULSAR, EPE independentemente do género e da natureza do vínculo contratual - contrato de trabalho em Funções Públicas ou contrato de trabalho, pelo que as diferenças salariais resultam da categoria profissional em que cada trabalhador está inserido, regime de trabalho, posição remuneratória e não em função do género.

Foi aprovado o Plano de Igualdade de Género.

Plano de Igualdade de Género

[Plano de Igualdade de Género.pdf](#)

d) Referência a medidas concretas no que respeita ao Princípio da Igualdade do Género, conforme estabelecido no n.º 1 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 19/2012, de 23 de fevereiro e à elaboração do relatório a que se refere o n.º 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2014, de 7 de março;

Objetivos

- Garantir a igualdade de oportunidades e de tratamento entre homens e mulheres na ULSAR;
- Constituir um exemplo, interno e externo, de boas práticas na área da saúde no que respeita à Igualdade de Género;
- Fomentar a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres na ULSAR;
- Contribuir para o desenvolvimento de medidas de conciliação da vida familiar e profissional.

Medidas

- Inclusão da dimensão “igualdade de género” nos Planos e Relatórios de Atividades, bem como noutros documentos estratégicos da ULSAR;
- Promover o tratamento dos dados estatísticos da instituição por género;
- Criar instrumentos de avaliação da Igualdade de Género, na Instituição;
- Promover o emprego feminino em setores de trabalho tradicionalmente ocupados exclusivamente por homens;
- Promover a existência de instrumentos e técnicas de recrutamento e seleção neutros;
- Promover a utilização da licença parental por parte de homens;
- Promover mecanismos de informação sobre a parentalidade;

- Potenciar os serviços oferecidos pela Casa do Pessoal, destinados à conciliação entre a vida profissional e familiar e facilitação do seu uso;
- Avaliação do Índice Potencial Motivador;
- Impulsionar o estabelecimento de novos protocolos que satisfaçam as necessidades dos colaboradores, numa estratégia de ação e responsabilidade social;
- Estabelecer medidas de sensibilização e prevenção;
- Criar mecanismos de queixa e resolução das situações de assédio e discriminação de género;
- Promover a formação e aprendizagem dos trabalhadores, em igualdade de género, cidadania e não discriminação;
- Promover o respeito pela dignidade de mulheres e homens;
- Promover ações de formação/sensibilização sobre a temática “igualdade de género”, designadamente:
- Planeamento familiar, contraceção e IVG;
- Violência Doméstica;
- Assédio Sexual e Moral no local de trabalho.

Foi aprovado a 3 de setembro de 2021 o relatório sobre as remunerações por género.

Relatório sobre Remunerações por Género 2020

[Relatório de Remunerações de Genero.pdf](#)

e) Identificação das políticas de recursos humanos definidas pela entidade, 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;

O Conselho de Administração tem promovido medidas que favoreçam a incorporação, a permanência e o desenvolvimento da carreira profissional das pessoas que participam na organização e em todos os níveis de responsabilidade, nomeadamente:

- Conciliação da vida pessoal com a vida profissional com o objetivo de aumentar a satisfação e a motivação dos colaboradores, possibilitando oportunidades de usufruto da vida privada e de investimento e dedicação à carreira profissional, a ULSAR promove diversas atividades para os filhos dos colaboradores em períodos de quadras festivas.
- Melhoria dos locais de trabalho com a melhoria contínua das condições de segurança e saúde, através da promoção de um ambiente de trabalho seguro e saudável para os profissionais, prestadores de serviços, fornecedores, utentes e visitantes.
- Envolvimento e participação dos trabalhadores através da elaboração de diversas ações que promovem a aprendizagem e desenvolvimento dos profissionais da ULSAR, como Workshops e Ações de Formação/Sessões de Trabalho, sobre várias temáticas.
- Promoção de estilos de vida saudáveis através da apresentação de propostas para a promoção do bem-estar no local de trabalho.

f) Informação sobre a política de responsabilidade económica, com referência aos moldes em que foi salvaguardada a competitividade da entidade, designadamente



Handwritten signature

pela via de investigação, inovação, desenvolvimento e da integração de novas tecnologias no processo produtivo. 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 impactos ambientais, económicos e sociais das atividades, etc.).

Numa lógica de atualização dos recursos existentes, com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados aos utentes e as condições de trabalho dos seus profissionais, a ULSAR realizou obras de beneficiação no espaço físico do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) no Hospital do Montijo.

Igualmente, procedeu a obras de recuperação das zonas de circulação pedonal para os utentes e profissionais da unidade hospitalar do Montijo, procurando minimizar o risco decorrente da circulação em espaço público de pessoas.

No seguimento da aprovação de candidatura ao Programa de Incentivo Financeiro à Qualificação dos Blocos de Partos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a ULSAR, procedeu à obra de requalificação da Urgência Obstétrica e Ginecológica / Bloco de Partos do. Esta obra permitiu, entre outras intervenções, melhorar o acesso e os circuitos no serviço; criar áreas, nomeadamente uma zona de SO para as utentes; e remodelar as instalações sanitárias, melhorando a acessibilidade.

O secretariado passou, agora, a ter acesso a partir do exterior, facilitando o atendimento às utentes que recorrem a este serviço. Foi, ainda, possível adquirir vários equipamentos médicos, tais como camas, marquesas, mesas de reanimação, mesas de anestesia, incubadora, cardiotocógrafos, monitores de sinais vitais, entre outros equipamentos.

X. Avaliação do Governo Societário

1. Menção à disponibilização em SISEE ou SIRIEF da ata da reunião da Assembleia Geral, Deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação dos documentos de prestação 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 facto.

Ainda não foi emitido por parte dos titulares da função acionista, Despacho de aprovação da prestação das contas do ano 2023.

De acordo com os estatutos dos Hospitais E.P.E., a ULSAR não dispõe de Assembleia Geral.

2. Verificação do cumprimento das recomendações recebidas³ 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 recomendação⁴ deverá ser incluída:

³ 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.

⁴ 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".



Raquel
[Signature]

- 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 entidade para efeitos de prossecução do mesmo objetivo da recomendação.

A ULSAR apresenta anualmente o relatório de boas práticas de governo societário, do qual consta informação atual e completa. Na elaboração do Relatório do Governo Societário de 2024 foi adotado o modelo de estrutura aprovado pela UTAM, de acordo com o Manual de Instruções divulgado.

Assim e em observância dos princípios vigentes e das orientações recebidas, pode concluir-se que a ULSAR adotou as práticas de bom governo societário, conforme se indica:

- ✓ A missão e os objetivos determinados foram cumpridos, de forma económica, financeira, social e ambientalmente eficiente, procurando salvaguardar e expandir a sua competitividade, com respeito pelos princípios de responsabilidade social, desenvolvimento sustentável, de serviço público e de satisfação das necessidades da coletividade. A atividade desenvolvida centrou-se nos seguintes objetivos: melhoria da eficiência operacional; promoção da sustentabilidade económico-financeira; melhoria da qualidade.
- ✓ Elaboraram-se planos de atividades e orçamentos adequados aos recursos e fontes de financiamento disponíveis, tendo em conta o cumprimento da missão e objetivos.
- ✓ Definiram-se estratégias de sustentabilidade nos domínios económico, social e ambiental, identificando, para o efeito, os objetivos a atingir e explicitando os respetivos instrumentos de planeamento, execução e controlo.
- ✓ Atualizou-se o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas em função das mais recentes recomendações do Conselho de Prevenção de Corrupção, designadamente, a Recomendação n.º 3/2015 (DR, 2.ª, n.º 132, 09/07/2015), adotando-se novas orientações quanto à identificação dos riscos de gestão e de corrupção relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo, assim como quanto à designação dos responsáveis pela execução e monitorização do Plano, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios.
- ✓ Adotou-se um código de ética que contempla exigentes comportamentos éticos e deontológicos, procedendo-se à sua divulgação por todos os seus colaboradores, clientes, fornecedores e pelo público em geral
- ✓ Adotou-se um plano de igualdade e de género, tendente a alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, a eliminar as discriminações e a permitir a conciliação da vida pessoal, familiar e profissional.
- ✓ Foram atualizados e divulgados os procedimentos em matéria de aquisição de bens e serviços e os critérios de adjudicação são orientados por princípios de economia e eficácia para assegurar a eficiência das transações realizadas e a igualdade de oportunidades para todos os interessados habilitados para o efeito. Estes procedimentos estão em conformidade com a Qualidade da Norma ISO:9001 e são alvo de certificação pela APCER desde 2009.
- ✓ A ULSAR tem um Conselho Fiscal, as contas são auditadas por um Revisor Oficial de Contas e mantém um sistema de controlo dos ativos (Remete-se para a certificação legal, relatório e parecer do revisor oficial de contas).



- Dispõe, também, de um serviço de auditoria interna a quem compete 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, nos termos definidos nos Estatutos.
- 3. Outras informações: a entidade 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.**

Não existem outras informações relevantes a prestar neste contexto.

XI. Anexos do RGS

- 1. Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o n.º 2 do artigo 54.º do RJSPE ou, no caso das empresas que não tenham órgão de fiscalização nomeado pela tutela, declaração dando conta desta situação.**

Ainda não foi disponibilizado o Relatório do Órgão de Fiscalização.

- 2. Demonstração não financeira relativa ao exercício de 2024: aplicável às empresas de interesse público que à data do encerramento do seu balanço excedam um número médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual – cf. n.º 1 do mesmo artigo).**

A demonstração não financeira encontra-se explanada em anexo ao presente documento.

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

A Presidente do Conselho de Administração

Ana Teresa Nobre Duque M. L.M. Xavier

O Vogal do Conselho de Administração

Fernando Joaquim Domingos Cerqueira Galvão

A Diretora Clínica

Elisabete Maria Faria Gonçalves

O Enfermeiro Diretor

José Filipe Fernandes Nunes



Handwritten signature
Handwritten signature

ANEXOS

