

**C.A.  
APROVADO**

Apreciado em Reunião  
do Conselho de Administração  
CHBM, E.P.E.  
de 04/05/2018  
ACTA N.º 18



**Pedro Lopes**  
Presidente do Conselho de Administração

**Relatório  
de  
Governo  
Societário  
2017**

**2017**



Versão aprovada em reunião de Conselho de Administração  
de 4 de maio de 2018

2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7  
 8  
 9  
 10  
 11  
 12  
 13  
 14  
 15  
 16  
 17  
 18  
 19  
 20  
 21  
 22  
 23  
 24  
 25  
 26  
 27  
 28  
 29  
 30  
 31  
 32  
 33  
 34  
 35  
 36  
 37  
 38  
 39  
 40  
 41  
 42  
 43  
 44  
 45  
 46  
 47  
 48  
 49  
 50  
 51

## Índice

I. SÍNTESE.....	2
II. MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS .....	2
III. ESTRUTURA DE CAPITAL.....	9
IV. PARTICIPAÇÕES SOCIAIS E OBRIGAÇÕES DETIDAS .....	10
V. ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES .....	10
A. .... CARGOS EXERCIDOS EM SIMULTÂNEO EM OUTRAS ENTIDADES	16
B. ... ÓRGÃO COMPETENTE PARA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	16
C. .... FISCALIZAÇÃO	21
D. .... REVISOR OFICIAL DE CONTAS	22
E. .... AUDITOR EXTERNO	23
VI. ORGANIZAÇÃO INTERNA .....	23
A. .... ESTATUTOS E COMUNICAÇÕES	23
B. .... CONTROLO INTERNO E GESTÃO DE RISCOS	24
C. .... REGULAMENTOS E CÓDIGOS	34
D. .... DEVERES ESPECIAIS DE INFORMAÇÃO	37
E. .... SÍTIO DE INTERNET	37
F. .... PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO OU DE INTERESSE GERAL	39
VII. REMUNERAÇÕES .....	40
A. .... COMPETÊNCIA PARA A DETERMINAÇÃO	40
B. .... COMISSÃO DE FIXAÇÃO DE REMUNERAÇÕES	40
C. .... ESTRUTURA DAS REMUNERAÇÕES	40
D. .... DIVULGAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES	41
VIII. TRANSACÇÕES COM PARTES RELACIONADAS E OUTRAS .....	43
IX. ANÁLISE DE SUSTENTABILIDADE DA ENTIDADE NOS DOMÍNIOS ECONÓMICOS, SOCIAL E AMBIENTAL .	46
X. AVALIAÇÃO DO GOVERNO SOCIETÁRIO .....	51



## I. Síntese

O Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE (CHBM) elabora o Relatório do Governo Societário respeitante ao ano de 2017 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, Objectivos e Políticas do CHBM mantêm-se inalteradas e de acordo com o publicado no Regulamento Interno da Instituição;

O actual Capital Estatutário é de 105.180.000,00 €, após aumento de 6.150.000,00 €, em numerário, aprovado pelos Despachos do Secretário de Estado do Tesouro nº 1265/2017 e 1266/2017, de 29 de Dezembro;

Globalmente, foram cumpridas a maioria as metas e objectivos definidos em sede de contratualização com a Tutela, apresentado uma taxa de cumprimento do Contrato Programa de 97,1% e do Índice de Desempenho Global na ordem dos 95%;

Em termos financeiros, o CHBM EPE apresentou um resultado líquido negativo de -16,1 M€, dentro dos valores contratualizados em sede de Contrato Programa 2017.

O CHBM adopta boas práticas no âmbito do seu objecto de actuação, designadamente no que respeita às políticas de gestão, no seguimento do relatório elaborado no ano transacto.

## II. Missão, Objectivos e Políticas

### 1. Missão, Visão e Valores

#### Missão da Entidade

O Centro Hospitalar tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, Hospital do Barreiro e Hospital do Montijo, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovados.

#### Visão

Ser um hospital de excelência para a comunidade e uma referência nacional.

#### Valores

- Humanização e não discriminação;

- Respeito pela dignidade individual de cada doente;
- Atualização face aos avanços da investigação e da ciência;
- Excelência técnico-profissional;
- Ética profissional;
- Promoção da multidisciplinaridade;
- Respeito pelo Ambiente

*Handwritten notes and signatures in blue ink, including the number 23 and several illegible signatures.*

## 2. Objetivos, Resultados definidos e grau de cumprimento

### a) Objetivos

O Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE pauta a sua atuação na prossecução dos seguintes objetivos:

- Orientar toda a atividade em função do doente, respondendo às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas disponíveis;
- Prosseguir e implementar metodologias de gestão que proporcionem a realização pessoal e profissional dos seus colaboradores;
- Rentabilizar a capacidade disponível e garantir a viabilidade económico-financeira da instituição.
- Em sede de contratualização com a tutela foi estabelecido o Contrato Programa de 2017, onde foram definidos os objetivos de desempenho económico-financeiro e os objetivos de qualidade e eficiência.

Objetivos Económico-financeiros – O valor global do contrato programa 2017 foi de 61.125.652,00 €, dos quais 58.069.369,40 € relativamente à produção contratualizada e de 3.056.282,60 € de incentivos institucionais. Não foi contratualizado verba de convergência.

Objetivos de qualidade e eficiência – O valor global dos incentivos institucionais foi de 3.372.605,80 € e foi alcançado uma taxa de execução de 96,9%, que corresponde ao valor de 3.268.055,00 €.

### b) Grau de cumprimento e justificação dos desvios

Relativamente ao grau de cumprimento, o valor total do contrato programa 2017 respeitante a produção e incentivos institucionais foi alcançado com uma taxa de execução de 97,1 %, tendo-se emitido uma faturação de 59.322.906,19 €.

PROVEITOS Hospital EPE

Instituição: CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, L.P.  
Período: Dezembro 2017

	Consultas		Produção		Margem		Diferencial de Execução	Grau de Cumprimento %
	Quantidade	Valor ( Euros)	Quantidade	Valor ( Euros)	Quantidade	Valor ( Euros)		
<b>1. Consultas Internas:</b>								
1P 1ª Consultas Médicas (a/r registo)	26.370,00	1.189.272,00 €	27.200	1.146.588,00 €	0	0,00 €	1.146.588,00 €	98,4%
1P 1ª Consultas especializadas (CPE)	15.004,00	714.364,00 €	15.204	703.084,00 €	0	0,00 €	703.084,00 €	98,4%
1P 1ª Consultas Catedras Políticas	87,00	4.002,00 €	48	2.208,00 €	0	0,00 €	2.208,00 €	25,3%
1P Consultas Médicas Subseqüentes (a/r)	130.061,00	5.485.242,00 €	130.801	5.485.242,00 €	1.022	6.438,00 €	5.491.680,00 €	100,1%
1P Consultas Médicas Subseqüentes Catedras	130,00	5.988,00 €	57	2.622,00 €	0	0,00 €	2.622,00 €	43,8%
<b>Valor Total das Consultas</b>		<b>7.399.006,00 €</b>		<b>7.339.694,00 €</b>		<b>6.438,00 €</b>	<b>7.346.132,00 €</b>	<b>98,3%</b>
<b>2. Internamentos:</b>								
<b>2P Doenças Equívocas</b>								
CEH Médicos	10.081,00	18.400.476,16 €	10.081	18.400.476,16 €	82	11.205,16 €	18.411.681,32 €	100,1%
CEH Cirúrgicos	2.381,00	4.222.001,36 €	2.045	3.752.270,48 €	0	0,00 €	3.752.270,48 €	88,2%
CEH Cirúrgicos Urgentes	1.314,00	2.280.713,28 €	1.314	2.280.713,28 €	38	6.275,85 €	2.286.989,13 €	100,3%
<b>2P de Internamento de Doentes</b>								
Contas Psiquiátricas no Estar (Ordens)	2.000,00	76.348,00 €	611	25.900,87 €	0	0,00 €	25.900,87 €	30,0%
<b>Valor Total do Internamento</b>		<b>25.689.738,80 €</b>		<b>24.509.460,79 €</b>		<b>17.602,85 €</b>	<b>24.527.063,64 €</b>	<b>95,5%</b>
<b>3. Atividades do CCM de Ambulatório:</b>								
CEH Cirúrgicos	3.295,00	4.823.263,08 €	2.833	4.223.888,76 €	0	0,00 €	4.223.888,76 €	87,6%
CEH Médicos	4.653,00	2.325.385,32 €	4.358	2.194.031,79 €	0	0,00 €	2.194.031,79 €	93,9%
<b>Valor dos CCM de Ambulatório</b>		<b>7.148.648,40 €</b>		<b>6.417.920,55 €</b>		<b>0,00 €</b>	<b>6.417.920,55 €</b>	<b>89,8%</b>
<b>4. Almoços:</b>								
Almoços SU - Médico - Cirúrgico	99.012,00	4.950.600,00 €	97.805	4.890.600,00 €	0	0,00 €	4.890.600,00 €	100,0%
Almoços SU - Sábico	26.778,00	1.671.120,00 €	26.778	1.671.120,00 €	2.677	2.677,00 €	1.673.797,00 €	100,2%
<b>Valor Total dos Almoços Urgentes</b>		<b>6.621.720,00 €</b>		<b>6.561.720,00 €</b>		<b>2.677,00 €</b>	<b>6.564.397,00 €</b>	<b>99,0%</b>
<b>5. Serviços em Hospital de Dia</b>								
Base	14.354,00	391.000,00 €	13.783	384.880,00 €	0	0,00 €	384.880,00 €	98,9%
Base-Hematologia	1.368,00	386.292,00 €	1.185	342.570,00 €	0	0,00 €	342.570,00 €	85,9%
Psiquiátria	1.008,00	31.470,00 €	885	26.880,00 €	0	0,00 €	26.880,00 €	85,3%
<b>Valor Total do Hospital de Dia</b>		<b>778.762,00 €</b>		<b>754.330,00 €</b>		<b>0,00 €</b>	<b>754.330,00 €</b>	<b>97,1%</b>
<b>6. Programas de gestão de doenças crónicas</b>								
VHTA (doença em TAFIC)	805,00	5.545.430,00 €	805,00	5.545.430,00 €	80,50	83.181,45 €	5.628.611,45 €	101,5%
Diálise em diálise - doenças em	80,00	742.800,00 €	57,00	705.680,00 €	0,00	0,00 €	705.680,00 €	88,0%
<b>7.03 (Centros de Tratamento autorizados)</b>								
Doentes Novos (Cálcio 1ª Ave)	10,00 €	27.000,00 €	4,00 €	16.200,00 €	4,00 €	0,00 €	16.200,00 €	60,0%
Doentes em Seguimento (Cálcio 2ª Ave)	34,00 €	80.800,00 €	23,30 €	37.080,00 €	4,00 €	0,00 €	27.000,00 €	66,2%
<b>8. Saúde sexual e reprodutiva</b>								
<b>8/G até 10 semanas</b>								
Médicos (a.r. 8/G)	438,00	123.894,00 €	388	112.634,00 €	0	0,00 €	112.634,00 €	98,9%
Cirúrgico (a.r. 8/G)	14,00	5.188,00 €	8	2.214,00 €	0	0,00 €	2.214,00 €	42,9%
<b>10. Serviços de Radiologia</b>								
Tratamento Simplex	21.007,00	3.710.985,00 €	14.214	1.402.470,00 €	0	0,00 €	1.402.470,00 €	67,5%
Tratamento Complexo	4.053,00	1.617.383,00 €	4.053	1.617.383,00 €	2.743	688.485,00 €	1.705.868,00 €	167,4%
<b>12. Serviços Diagnósticos</b>								
Consultas Diagnósticas	700,00	26.000,00 €	484	18.392,00 €	0	0,00 €	18.392,00 €	69,1%
13. Lar (PO)	0,00	0,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0,0%
<b>14. Outros</b>								
Medicamentos do código hospitalar em		700.354,31 €		506.721,30 €			506.721,30 €	71,2%
Internos		1.197.000,00 €		1.197.000,00 €			1.197.000,00 €	100,0%
<b>14. Valor da Produção</b>		<b>18.967.738,11 €</b>		<b>18.326.392,30 €</b>		<b>706.403,81 €</b>	<b>19.032.796,11 €</b>	<b>97,3%</b>
<b>14. Custo de Custo</b>		<b>0,00 €</b>		<b>0,00 €</b>		<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,0%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>44.539.894,00 €</b>		<b>43.529.884,11 €</b>		<b>706.403,81 €</b>	<b>44.236.287,92 €</b>	<b>97,3%</b>
<b>Execução Intelectual</b>		<b>3.008.302,82 €</b>		<b>3.008.302,82 €</b>		<b>0,00 €</b>	<b>3.008.302,82 €</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>47.548.196,82 €</b>		<b>46.538.186,11 €</b>		<b>706.403,81 €</b>	<b>47.244.590,74 €</b>	<b>97,1%</b>

No que respeita à execução do Contrato Programa, o CHBM apresentou à ARSLVT, em outubro de 2017, uma proposta de revisão do Acordo Modificativo de 2017 que permitiria uma execução plena do Contrato Programa, para o qual se aguarda ainda pronuncia, pelo que o Conselho de Administração não se revê na taxa de execução apresentada, uma vez que financeiramente teria sido possível cumprir o Contrato Programa de 2017, por revisão de produção entre linhas de atividade.

Assim, no que concerne à atividade assistencial prevista no Acordo Modificativo de 2017, identificam-se os principais desvios que poderiam ter sido colmatados, a saber:

Handwritten notes in blue and brown ink, including a large 'A' and other symbols.

✓ **Consulta Externa**

As consultas externas tiveram uma taxa de execução de 99,3% que, caso tivesse sido ajustado o Contrato Programa, permitira faturar as consultas médicas subsequentes ao preço base e desta forma potenciar o valor desta linha de atividade. O CHBM no ano 2017 teve como prioridade os tempos de resposta às consultas externas nalgumas especialidades críticas com origem nos Cuidados Saúde Primários (CSP), designadamente a Ginecologia, Oftalmologia e Urologia. Estas 3 especialidades no início do ano 2017 representavam 67,5% do total da lista de espera para primeira consulta com origem nos CSP, tendo-se concluído o ano de 2017 com um peso de 39,5% e uma redução dos tempos de resposta em cerca de 25%. O CHBM tem ressalvado a necessidade de reforço ao nível de Recursos Humanos médicos nestas especialidades, tanto para mais que a análise de Benchmarking realizada pela ARSLVT permite evidenciar um adequado nível de performance em termos de produtividade face aos hospitais do Grupo dos profissionais destas especialidades.

✓ **Internamento**

O valor do internamento atingiu uma execução de 98% que no caso dos GDH médicos e GDH Cirúrgicos Urgentes ultrapassou a atividade prevista, portanto, a faturação a preço de atividade marginal não permite minimizar financeiramente a inferior execução dos GDH's Cirúrgicos. A capacidade e produção ao nível da atividade cirúrgica convencional foi afetada pela redução da capacidade em termos de Anestesia, circunstância que é comum a muitos dos hospitais da região, uma vez que a escassez destes especialistas ao nível do SNS tem sido apontada como razão para o decréscimo verificado. Uma vez mais, a situação carece de reforço de Recursos Humanos nesta área, que o CHBM tem procurado colmatar parcialmente com recurso a contratos de prestações de serviços, que não suplanta a necessidade de dispor de reforços afetos a tempo inteiro a esta instituição, com conseqüente impacto na capacidade de planeamento da especialidade e de todas as que dela dependem. A atividade adicional realizada pelas equipas cirúrgicas no decorrer do ano 2017 foi incrementada, tendo sido iniciada em fevereiro do ano transato.

✓ **GDH de Ambulatório**

A taxa de execução 89,6% consubstancia-se na fundamentação reportada para a atividade cirúrgica em internamento, que foi ainda assim incrementada face ao ano anterior, mas não foi possível atingir o preconizado no Contrato Programa 2017, que tinha como exigência um crescimento de 7,5%.

✓ **Urgências**

Esta linha de atividade assistencial ultrapassou o previsto em sede de Contrato Programa 2017, a produção marginal registada poderia ser uma das linhas de atividade que a ser

faturada como produção base minimizaria o diferencial financeiro da execução do contrato programa 2017.

✓ **Sessões em Hospital de dia**

O registo estatístico das sessões de hospital dia tem decrescido pelo facto de esta atividade ter passado a ser registada como GDH médico de ambulatório. Estes dados não representam uma redução da prestação de cuidados, mas sim o resultado da evolução dos processos terapêuticos de tratamento, que pela sua evolução e garantias de segurança determinam a menor necessidade de vigilância médica ou de enfermagem presencial.

✓ **Programas de Gestão da doença crónica**

As várias patologias representadas nesta linha de atividade têm execuções heterógenas, uma vez que foi ultrapassada a previsão do número de doentes com VIH/SIDA e não foi cumprida a previsão dos doentes diabéticos em Tratamento com Dispositivos de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina (PSCI) por ser o primeiro ano de operacionalização desta linha de produção em termos de Contrato Programa, pelo que as previsões iniciais foram majoradas pela perceção desta necessidade. Acresce o facto dos critérios clínicos para a faturação desta atividade terem sido apenas disponibilizados apenas do conhecimento em agosto de 2017, com a publicação da circular normativa da ACSS que determinou as condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas ao abrigo do Contrato Programa 2017.

✓ **Sessões de Radioncologia**

O ano 2017 assinalou uma relevante alteração na proporção de tratamentos simples e tratamentos complexos de radioterapia, com aumento de 70% dos tratamentos complexos em detrimento dos simples, o que levou a que a atividade deste último ficasse aquém das estimativas iniciais, mas os tratamentos complexos suplantassem o previsto (167,7%). Uma revisão ao Acordo Modificativo permitiria colmatar este diferencial. Esta mudança iniciou-se em 2016, data em que o Serviço passou a dispor de duas técnicas especiais de tratamento complexo, a Radioterapia Estereotaxia Corporal (SBRT) e a Radioterapia de Intensidade Modulada (IMRT).

No que respeita aos indicadores que concorrem para o apuramento do índice de Desempenho Global do CHBM, a estimativa realizada apontou para um grau de cumprimento na ordem dos 95%, com o desvio mais significativo verificado ao nível do cumprimento dos objectivos de desempenho económico-financeiro designadamente no que respeita ao indicador do acréscimo da dívida vencida com grau de cumprimento 0 (zero).

2  
33  
Handwritten signature

Q1 - Índice Desempenho Global

Instituição: Centro Hospitalar BarreiroMontijo (EPE)

Período Análise: Dezembro 2017

Indicadores	Peso Relativo Indicador (%)	2017			2016	
		Meta	Valor	% de Cumprimento (%)	% de Cumprimento (Anualizado)	Índice de Desempenho
<b>Objetivos Nacionais</b>						
<b>Atividade</b>						
<b>15</b>						
Porcentagem de primeiras consultas no total de consultas médicas (%)	3	25	24,2	96,8	100,0	3
Mediana de tempo de espera de LIC, cirurgias	3	3,5	4,5	89%	85,0	2,55
Porcentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de	3	66,75	63,7	104,9	100,0	3,1
Peso das consultas externas com registo de alta no total de consultas externas (%)	3	10	7,5	75,0	75,0	2,5
Porcentagem de doentes referenciados para a RBCCI, em tempo adequado e validados pela EGA, no total de doentes referenciados para a RBCCI	3	70,2	67,8	96%	100	3
<b>Desempenho Assistencial</b>						
<b>25</b>						
Índice de Risco Separação de Doente	2	8,0	33	413%	120	2,4
Porcentagem de cirurgias de alta efetuadas nas primeiras 48 horas (%)	3	95	91,3	92%	100	3
Porcentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos fundamentalmente ambulatoriais	3	2	4,5	22%	25	0,75
Porcentagem de doentes cujos cuidados de internamento acima do limiar máximo (%)	3	3,5	1,91	124%	100	3,6
Índice PFCBA	8	10	10	100%	100	8
Variação de utilização de medicamentos dispensados (armazenados, 2017/2016)	4	10,0	20	100%	100	5
<b>Desempenho económico e financeiro</b>						
<b>20</b>						
Porcentagem de Custos com Horas Extras/Ordinárias, Suplementos e FSE (calculadas), no Total de Custos com Pessoal (%)	5	14,52	15,18	95%	100	5
Resultado antes juros, impostos, amortizações e depreciações (EBITDA) (€)	5	€ 15.374.241	€ 12.259.856	110%	120	6
Arrecadação de Divida Vendida (forneadores externos) (€)	3	0	7.536.438,00	0	0	0
Porcentagem de preventas operacionais extra contrato-programa, no total de preventas operacionais (%)	5	7,5	5,18	77%	80	4
<b>Objetivos Regionais Lábore e Vale do Tejo</b>						
<b>40</b>						
Taxa de internamentos OCIV, entre residentes com + 65 anos	5	9	9	100%	100	5
Preparação de Recém-Nascidos de termo, de baixo peso	5	2,1	2,1	100%	100	5
Porcentagem de doentes referenciados para Consulta de Oftalmologia - Rastreio de Retinopatia diabética(CTH) atendidos em tempo adequado + 2%						
Despesa de Medicamentos faturados por utilizador (PVP)	10	81,84	81,84	100%	100	10
NT de projetos de intervenção implementados com o GP	10	2	0	120%	120	12
Porcentagem de intervenções cirúrgicas iniciadas em LIC com tempo de espera - TMSC	10	25	15,7	117%	100	12
<b>Índice do Desempenho Global</b>						
<b>96,9</b>						
Valor Incentivos Contratados (€)						
1.572.400,0						
Valor Incentivos Realizados (€)						
1.268.099,0						

A eliminação do saldo dos pagamentos em atraso depende em grande parte do contrato programa que vier a ser estabelecido com a tutela.

3. Factores Chave de que dependem os resultados da Entidade

Os fatores chave de que dependem os resultados de um Hospital EPE estão relacionados com a atividade assistencial prestada, nomeadamente na possibilidade de resolução de listas de espera para consultas externa e cirurgia, a partir das quais se desenvolve o volume de atividade de consulta, cirurgia e internamento.

Outro serviço que apresenta um grande contributo de atividade é a Urgência, que no CHBM se destaca pela Urgência Básica do Montijo e pela Urgência Médico Cirúrgica do Barreiro,



ambas com um volume de atividade em 2017 superior ao ano transato. Este serviço contribui para o aumento do número de doentes internados nas especialidades médicas. O serviço de urgência, por outro lado, é uma das áreas de prestação de cuidados que condiciona outras atividades assistenciais, uma vez que a sua sazonalidade, obriga o Centro Hospitalar a concentrar os recursos humanos e recursos materiais para responder no imediato ao Plano de Contingência do Inverno, limitando a atividade assistencial cirúrgica programada.

A valorização da atividade assistencial do CHBM assenta no modelo de financiamento dos hospitais EPE, através da celebração anual de um contrato programa no qual cerca de 98% dos proveitos resulta da produção realizada a doentes do serviço nacional de saúde. Assim, os acionistas Ministério da Saúde e Ministério das Finanças limitam de imediato os resultados a alcançar pela prestação de cuidados de saúde, incluindo todas as regras detalhadas inerentes à faturação, que no ano 2017, tal como já referido, apenas foram divulgadas em agosto do ano em curso.

Ao nível da despesa operacional, especial relevo para o acréscimo de custos com pessoal que decorreram dos seguintes fatores:

- ✓ Reposição dos cortes salariais;
- ✓ Criação da Unidade de Contingência no Montijo para o inverno de 2016/2017;
- ✓ Pagamento de horas extraordinárias a enfermeiros pelas horas realizadas durante o período de transição para as 35 horas;
- ✓ A contratação de pessoal de enfermagem e assistentes operacionais para fazer face à reposição das 35 horas nos CTFP e novos contractos,
- ✓ Pagamento de atividade cirúrgica adicional para melhoria dos tempos de espera cirúrgicos (SIGIC).

Os resultados ao nível dos Consumos, em especial a rubrica de medicamentos estão influenciados por três fatores principais: a obtenção de ganhos financeiros decorrente do acordo do Ministério da Saúde com a APIFARMA e de notas de crédito respeitantes ao custo do tratamento de doentes com Hepatite C; redução do custo médio dos doentes em tratamento com VIH/SIDA por alteração para terapêuticas mais custo-efetivas, a par de uma diminuição do consumo de medicamentos biológicos por ajustamentos de preços aumento da utilização de medicamentos biossimilares.

Os Fornecimentos e Serviços Externos registam um ligeiro incremento no ano 2017 face ao período homólogo, mas cumprindo o previsto em Contrato Programa 2017, decorrente do aumento do salário mínimo nacional que se reflete nos contratos com empresas fornecedoras de limpeza, lavandaria, segurança, e outros serviços diversos.

#### 4. Políticas da Organização

Constitui política do Centro Hospitalar 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.

Ainda que o cenário macroeconómico seja favorável, mantêm-se as dificuldades de recrutamento para algumas especialidades médicas e cirúrgicas, com notórios desequilíbrios entre a oferta e a procura em algumas especialidades, num certo sentido em competitividade com o setor privado, que condiciona as respostas dentro do tempo clinicamente aceitável para consultas externas e cirurgias.

A insuficiente resposta na área dos cuidados continuados integrados e outras estruturas sociais da comunidade, irá continuar a sobrecarregar os hospitais com doentes que não carecem da prestação de cuidados de saúde agudos, obrigando a disponibilizar recursos para resposta a situações de índole eminentemente social.

Esta conjuntura obriga as equipas de gestão a manter políticas de racionalização e de otimização dos recursos disponíveis, monitorizando permanentemente os níveis de eficiência e de eficácia, no sentido de garantir capacidade de respostas adequadas no plano assistencial e o rigoroso cumprimento das metas orçamentais negociadas.

O desafio colocado é a compatibilização destes efeitos, alguns de sinal contrário, obrigando a definir uma linha de gestão estrategicamente equilibrada que cumpra o desígnio principal do Centro Hospitalar, prestar cuidados de saúde de qualidade, garantindo a sustentabilidade económica/financeira a curto e médio prazo.

Como nota final sublinhamos que no ano 2017 o Centro Hospitalar Barreiro Montijo promoveu uma articulação direta e regular com o Agrupamento de Centros de Saúde Arco Ribeirinho, bem como com os restantes Hospitais de Península de Setúbal, reforçando o princípio da complementaridade entre organizações do Serviço Nacional de Saúde, como eixo fundamental para potenciar e otimizar os recursos existentes.

### III. Estrutura de Capital

#### 1. Estrutura de Capital

O Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com um Capital Estatutário atual de € 105.180.000,00, totalmente detido pelo Estado e é aumentado ou reduzido por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e saúde.

*Z*  
*23*  
*A*  
*X*  
*A*

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

O CHBM é uma entidade pública empresarial com capitais 100% públicos, não detendo acções, pelo que a aplicabilidade deste ponto não se verifica.

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

Não se aplica pelas razões apontadas no ponto anterior.

# IV. Participações Sociais e Obrigações detidas

## 1. Identificação das pessoas singulares e/ou colectivas que, directa ou indirectamente, são titulares de participações noutras entidades

Os membros dos órgãos sociais não detêm qualquer participação noutras sociedades.

## 2. Explicação da aquisição e alíneação de participações sociais, bem como a participação em quaisquer entidades de natureza associativa ou fundacional

O CHBM, EPE 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. Identificação do número de acções e obrigações detidas por membros dos órgãos de administração e de fiscalização

Os membros do órgão de administração e de fiscalização não detêm acções 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 os Estatutos, publicados em anexo ao Decreto-lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 244/2012 de 9 de novembro, são órgãos sociais do Centro Hospitalar, o Conselho de Administração, o Fiscal Único e o Conselho Consultivo, cuja composição, mandato e competências são reguladas pelo referido diploma.

Nos termos do disposto nos Estatutos mencionados, 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, 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 fiscal único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do Centro Hospitalar.

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, 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 assembleia geral e respetivo mandato**

Não aplicável, uma vez que o CHBM é uma entidade pública empresarial com a totalidade do capital detido pelo Estado e não havendo mesa da assembleia geral.

### **2. Identificação das deliberações accionistas que, por imposição estatutária, só podem ser tomadas com maioria qualificada**

Não aplicável, uma vez que o CHBM é uma entidade pública empresarial com a totalidade do capital detido pelo Estado e não havendo accionistas.



### C. Administração e Supervisão

#### 1. Regras estatutárias aplicáveis à nomeação substituição dos membros do Conselho de Administração

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 do Conselho de Ministros nº 33/2016 de 20 de outubro, (Diário da República, 2ª Série nº 211 de 3 de novembro de 2016), na qual estão publicitadas as sinopses curriculares dos respetivos membros.

Este é o primeiro mandato nas funções referidas de todos os membros.

#### 2. Composição do Conselho de Administração, com indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração estatutária do mandato, número de membros efectivos, data da primeira designação e data de termos do mandato

O Conselho de Administração é composto pelo Presidente e um máximo de quatro Vogais, que exercem funções executivas, incluindo o Director Clínico e o Enfermeiro Director.

Para além das competências próprias do Conselho de Administração previstas no artigo 7.º dos Estatutos, das específicas do Presidente do Conselho de Administração, do Director Clínico e do Enfermeiro Director, previstas, respetivamente, nos artigos 8.º, 9.º e 10.º dos referidos Estatutos, a cada um dos membros do Conselho de Administração foi atribuída a responsabilidade de pelouros, através de delegação de competências, publicadas em Diário da República, 2ª série, nº 8 de 11/01/17, mediante Deliberação n.º 41/2017.

No Presidente do Conselho de Administração, Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes, para além das competências próprias e da coordenação genérica de todas as áreas, a coordenação da Comissão de Catástrofe e de Emergência, do Serviço de Recursos Humanos, do Centro de Formação Profissional e Documentação, do Gabinete Jurídico, do Gabinete de Comunicação e Imagem e do Serviço de Auditoria Interna.

Na Vogal Executiva do Conselho de Administração, Dra. Sónia Maria Alves Bastos, a coordenação da Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia, da Equipa de Acompanhamento da Consulta a Tempo e Horas, do Serviço de Gestão de Doentes, do Arquivo, do Serviço Financeiro, da área do Apoio Social e do Gabinete de Apoio à Gestão.

No Vogal Executivo do Conselho de Administração, Dr. Eduardo Manuel Rodrigues, a coordenação da Comissão de Normalização de Produtos e Equipamentos, do Serviço de Aproveitamento, do Serviço de Instalações e Equipamentos, do Serviço de Informática e do Gabinete de Gestão da Qualidade.

No Director Clínico e Vogal Executivo do Conselho de Administração, Dr. Luis Filipe Pereira dos Santos Pinheiro, para além das competências próprias inerentes à direcção médica e à governação clínica nos serviços, departamentos, unidades de acção médica e de diagnóstico e terapêutica, Comissão de Ética, Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar (GCL -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, Direcção Internato Médico, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Equipa de Gestão de Altas, Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, Equipa de Trauma, Equipa da Unidade Coordenadora Funcional da Saúde Materna e Neonatal, Equipa da Unidade Coordenadora Funcional da Saúde da Criança e do Adolescente, 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, do Serviço de Nutrição e Dietética e do Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica.

No Enfermeiro Director e Vogal Executivo do Conselho de Administração, Enf<sup>o</sup>. António Manuel Silva Viegas, para além das competências próprias que compreendem a direcção técnica da actividade de enfermagem, gestão dos enfermeiros e assistentes operacionais em funções nos serviços assistenciais, a coordenação da Comissão de Enfermagem, do Serviço Hoteleiro e do Serviço de Esterilização

O Presidente do Conselho de Administração nas suas faltas e impedimentos será substituído pela Vogal Executiva, Dra. Sónia Maria Alves Bastos e, no seu impedimento, pelo Dr. Eduardo Manuel Rodrigues. Nos termos do disposto no artigo 46.º do Código do Procedimento Administrativo, os membros do Conselho de Administração estão autorizados a subdelegar as competências acima delegadas no pessoal dirigente ou de chefia que deles directamente dependa.

Nos que concerne ao modo de funcionamento do Conselho de Administração, nos termos dos referidos Estatutos, bem como do Regulamento Interno do CHBM, aquele reúne semanalmente e sempre que convocado pelo Presidente, ou por solicitação de dois dos seus membros, ou do Fiscal Único, 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 desejam ver tratado.



Conselho de Administração Actual						
Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação		Remuneração	
			Dec.	Data	Entidade Pagadora	(0/0)
03/11/2016 a 31/11/2018	Presidente	Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	RCM nº 33/2016	03-11-2016	CHBM	0
03/11/2016 a 31/11/2018	Vogal	Sónia Maria Alves Santos	RCM nº 33/2016	03-11-2016	CHBM	0
03/11/2016 a 31/11/2018	Vogal	Eduardo Manuel Rodrigues	RCM nº 33/2016	03-11-2016	CHBM	0
03/11/2016 a 31/11/2018	Director Clínico	Julio Filipe Pereira dos Santos Pinheiro	RCM nº 33/2016	03-11-2016	CHBM	0
03/11/2016 a 31/11/2018	Enfº Director	Artúrio Manuel Silva Viagas	RCM nº 33/2016	03-11-2016	CHBM	0

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

### 3. Distinção dos membros executivos dos não executivos

Não aplicável, o CHBM não tem membros não executivos.

### 4. Elementos curriculares dos membros do Conselho de Administração e de Fiscalização

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

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/327/nomeacao\\_novo%20CA.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/327/nomeacao_novo%20CA.pdf)

Os elementos curriculares do órgão de fiscalização podem ser consultados no seguinte endereço:

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/327/notas%20curriculares\\_fiscal%20único.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/327/notas%20curriculares_fiscal%20único.pdf)

### 5. Evidências da apresentação das declarações de participações patrimoniais susceptíveis de gerar conflito de interesses

Em cumprimento do disposto no n.º 9 do artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, cada um dos membros do Conselho de Administração procedeu ao depósito, na Procuradoria-Geral da República, da respetiva “*declaração de inexistência de incompatibilidades e impedimentos dos titulares de cargos políticos e altos cargos públicos*” prevista no artigo 11.º da Lei n.º 64/93 de 26 de agosto.

Por outro lado, e em cumprimento do disposto nos artigos 1.º e 2.º da Lei n.º 4/83, de 2 de Abril, com a redação dada pela Lei n.º 25/95, de 18 de agosto, bem como do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Regulamentar n.º 1/2000, de 9 de Março, cada membro do Conselho de Administração remeteu ao Tribunal Constitucional, a respetiva “*declaração de património, rendimentos e cargos sociais*”.

*Handwritten notes and signatures in blue ink, including a large 'Z' and a signature.*

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, republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012 de 18 de Janeiro, 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 o CHBM, 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).

No que respeita ao estabelecido no art.º n.º 52.º da mesma legislação, relativamente às participações patrimoniais, remete-se em anexo as devidas declarações, todas remetidas aos órgãos superiores.

#### **6. Identificação de relações familiares, profissionais ou comerciais dos membros do Conselho de Administração**

Não aplicável, uma vez que o CHBM é uma entidade pública empresarial com capital detido pelo Estado e não havendo accionistas.

#### **7. Apresentação de organogramas ou mapas funcionais relativos à repartição de competências dos membros do Conselho de Administração**

##### **Organograma CHBM**

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/organograma\\_chbm\\_v2.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/organograma_chbm_v2.pdf)

##### **Delegação de competências do Conselho de Administração**

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/327/deliberacao\\_competencias\\_CA.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/327/deliberacao_competencias_CA.pdf)

#### **8. Caracterização do funcionamento do Conselho de Administração**

##### **A. Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade**

No decurso do ano de 2017, foram realizadas cinquenta e três reuniões de Conselho de Administração actual, com o seguinte grau de assiduidade:





Membro do Conselho de Administração		Grau de Assiduidade (%)
Presidente	Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	94%
Vogal Executivo	Sónia Maria Alves Bastos	92%
Vogal Executivo	Eduardo Manuel Rodrigues	89%
Director Clínico	Juli Filipe Pereira dos Santos Pinheiro	91%
Ex-Off Director	António Manuel Silva Viegas	87%
<b>TOTAL REUNIÕES REALIZADAS</b>		<b>53</b>

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 acta 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**

Não existem cargos exercidos em simultâneo em outras entidades.

#### **C. Órgão competente para Avaliação do desempenho do Conselho de Administração**

Preceitua o n.º 2 do mesmo art.º 6.º do Decreto-Lei n.º 7/2007 de 27 de março, republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012 de 18 de janeiro, 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.



#### a) Comissões

De acordo com o Regulamento Interno, os órgãos de apoio técnico do CHBM constituem-se como comissões técnicas para atuação em matérias especializadas. O Centro Hospitalar 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) A Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar;
- f) A Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- g) A Comissão de Coordenação Oncológica;
- h) Direcção do Internato Médico

#### (Comissão Médica)

- 1 - A Comissão Médica é presidida pelo Director Clínico e deverá acompanhar e avaliar, periodicamente e de modo sistemático, a actividade clínica, designadamente os aspectos relacionados com o exercício da medicina.
- 2 - A Comissão Médica, para além do Director Clínico, integra os adjuntos do Director Clínico e os Directores ou Médicos responsáveis pelos serviços de Acção 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 actividades:
  - a) Fomentar a cooperação entre os serviços de acção médica e entre estes e os restantes;
  - b) Apreciar os aspectos do exercício da medicina hospitalar que envolvam princípios de deontologia médica;
  - c) Dar parecer sobre as queixas e reclamações que sejam formuladas acerca da correcção técnica e profissional da assistência prestada aos doentes.

*[Handwritten signatures and initials in blue and black ink]*

#### (Comissão de Enfermagem)

- 1 - A Comissão de Enfermagem é presidida pelo Enfermeiro-Director, competindo-lhe apreciar os aspectos relacionados com o exercício da enfermagem no Hospital e avaliar periodicamente e de modo sistemático a actividade desenvolvida neste sector e a formação dos profissionais.
- 2 - A Comissão de Enfermagem, para além do seu Presidente, é constituída pelos adjuntos do Enfermeiro-Director 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 actividades no âmbito das suas competências:
  - a) Realização dos planos de actualização profissional do pessoal de enfermagem;
  - b) Parecer sobre a regulamentação interna para o sector de enfermagem e colaborar na respectiva 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 aspectos não previstos neste regulamento, a Comissão de Ética do Hospital rege-se pelos princípios definidos no Decreto-Lei nº 97/95 de 10 de maio.

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.

*[Handwritten signatures and initials in blue and brown ink]*

- 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 actividades:
  - 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 acção anual, com previsão dos recursos necessários à sua execução;
  - d) O acompanhamento das actividades incluídas no plano de acção anual.

**(Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar)**

- 1 - O corpo médico da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar integra um infecciologista, 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, respectivamente, do Director Clínico, do Director dos Serviços Farmacêuticos e do Enfermeiro-Director.
- 5 - As competências da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar são as constantes de Despacho do Director-Geral da Saúde, publicado no Diário da Republica nº. 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 actividade de acordo com o plano anual de actividades, designadamente no âmbito do projecto "STOP INFECÇÃO", tendo sido designado o CHBM 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 Director Clínico, que preside, ou um dos adjuntos por ele designado.

- 2 - O Director 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 actividades:
  - 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 correcção da terapêutica prescrita a doentes, sob solicitação do Director Clínico;
  - d) Informar os planos de aquisição de medicamentos e orientar o seu consumo;
  - e) Avaliação mensal os dados de consumo e as existências em medicamentos por centro de custo, incluindo os prescritos em ambulatório;
  - 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 Director 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 actividade de acordo com as competências atribuídas:
  - a) Organizar as consultas de grupo multidisciplinares, com o objectivo 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 actuação diagnóstica e terapêutica dos diversos tipos de doença oncológica;
  - c) Aprovar protocolos de actuação 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.

(Direcção do Internato Médico)

- 1 – As funções de Direcção do Internato Médico cabem a um médico de reconhecida competência e experiência de formação de médicos internos, nomeado pelo director clínico e coadjuvado por um a três assessores.
- 2 – A Direcção 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 do Centro Hospitalar designar os membros que integram cada uma das comissões.

#### D. Fiscalização

1. Identificação do Órgão de fiscalização, com indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração estatutária do mandato, membros efectivos e suplentes, data da primeira designação e data do termo do mandato.

O Fiscal Único foi nomeado por despacho do Ministro das Finanças, a 22 de Maio de 2003, para o triénio 2002/2004, com a seguinte composição:

- Fiscal Único: Neves, Azevedo Rodrigues e Batalha, SROC, atualmente designada por ABC – Azevedo Rodrigues, Batalha e Costa, SROC com o nº 115, representado pelo Dr. José Maria Monteiro de Azevedo Rodrigues, ROC nº 681.
- Fiscal Suplente: Reinaldo Soares, Rogério Coelho e José Jacob, SROC nº 162, representado pelo Dr. Rogério Carlos Guedes Coelho, ROC nº 787.

O Fiscal Único mantém-se em funções desde a data referida, uma vez que não se verificou a sua substituição, conforme o disposto no nº 7 do artigo 15º do Anexo II do Decreto-Lei nº 244/2012, de 9 de Novembro.

Fiscal Único / ROC								
Mandato (Início - Fim)	Cargo	Identificação SROC/ROC		Designação		Remuneração Anual		Nº de Mandatos exercidos na sociedade
		Nome	Numero	Doc.	Data	Límite Fixado	Contratado	
01/01/2011 a 31/12/2013	Fiscal Único	ABC - Azevedo Rodrigues, Batalha e Costa, SROC	115	Desp. 498/23-SET	13-04-2012	30.773€	30.773€	3º
01/01/2011 a 31/12/2013	ROC	José Maria Monteiro de Azevedo Rodrigues	681	Desp. 498/23-SET	13-04-2012	-	-	3º
01/01/2011 a 31/12/2013	Fiscal Suplente	Reinaldo Soares, Rogério Coelho & José Jacob, SROC	162	Desp. 498/23-SET	13/04/2012	-	-	3º
01/01/2011 a 31/12/2013	ROC Suplente	Rogério Carlos Guedes Coelho	787	Desp. 498/23-SET	13-04-2012	-	-	3º

Nota: O Fiscal Único é o Revisor Oficial de Contas

2. Identificação, consoante aplicável, dos membros do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras que se considerem independentes, nos termos do art.º 414.º, n.º 5 Código das Sociedades Comerciais (CSC).

Não aplicável, uma vez que o CHBM é uma entidade pública empresarial não está previsto nos estatutos uma Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras.

O Conselho Fiscal ainda não se encontra nomeado pelo acionista.

3. Apresentação de elementos Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras e outros. Deverão especificamente ser indicadas as atividades profissionais exercidas, pelo menos, nos últimos 5 anos.

Não aplicável, uma vez que o CHBM é uma entidade pública empresarial não está previsto nos estatutos uma Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras.

O Conselho Fiscal ainda não se encontra nomeado pelo accionista.

Os elementos curriculares do Fiscal único: ABC – Azevedo Rodrigues, Batalha, Costa, & Associados, SROC nº 115, representada pelo Dr. José Maria Monteiro de Azevedo Rodrigues ROC nº 681, cuja síntese curricular da Sociedade, remete-se para anexo.

4. Caracterização do funcionamento do Conselho Fiscal, Comissão de Auditoria, Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras, consoante aplicável.

a) b) c) d)

Não aplicável, uma vez que o CHBM é uma entidade pública empresarial não está previsto nos estatutos uma Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras.

O Conselho Fiscal ainda não se encontra nomeado pelo accionista.

#### E. Revisor Oficial de Contas

O Fiscal Único é o Revisor Oficial de Contas do CHBM, E.P.E., pelo que os pontos 1, 2, 3 e 4 se encontram respondidos no ponto referente ao Fiscal Único.

## F. Auditor Externo

Não aplicável, uma vez que o CHBM é uma entidade pública empresarial não está previsto nos estatutos a existência de Auditor Externo.

## VI. Organização Interna

### A. Estatutos e Comunicações

#### 1. Regras aplicáveis à alteração dos estatutos

O CHBM, E.P.E. é uma pessoa colectiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, regendo-se pelo regime jurídico das entidades públicas empresariais, com as especificações previstas no Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de Janeiro e nos Estatutos a ele anexos e pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde.

O CHBM, E.P.E. é tutelado 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. Meios e política de comunicação de irregularidades

Existe um Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades, aprovado pelo Conselho de Administração em 19/03/2015 que estabelece os procedimentos internos para a recepção, registo e tratamento das comunicações de irregularidades recebidas pelo Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE.

##### Matérias abrangidas

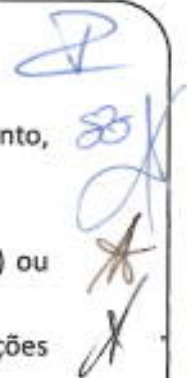
As comunicações de irregularidades recebidas pela instituição são relativas a factos que indiciem (de acordo com o n.º 4 do artigo 17.º-A do Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de Janeiro):

- 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 electrónico.





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 objecto 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 excepcionalmente e mediante análise, serão aceites e tratadas informações anónimas.

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/regulamento\\_irregularidades.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/regulamento_irregularidades.pdf)

### 3. Políticas antifraude adoptado

O Centro Hospitalar dispõe de um Regulamento interno homologado em 2013. Dispõe, também, 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 de existência de um Sistemas de Controlo Interno.

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 do CHBM, 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 no CHBM, deve satisfazer, entre outros, os seguintes objetivos:

- 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 à avaliação e minimização dos riscos identificados. É o que sucede com o Serviço de Aprovisionamento, Serviços Financeiros e Serviço de Recursos Humanos.

## 2. Identificação dos elementos do Serviço de Auditoria Interna.

O CHBM, E.P.E. tem um Serviço de Auditoria Interna, da responsabilidade da Dr.ª Ivone Silva, de acordo com o artigo 17º do Decreto-Lei nº233/2005 alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº12/2015 que procedeu à alteração do Regime Jurídico e dos Estatutos dos Hospitais EPE., tendo 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 susceptíveis de risco. No ano de 2017 foram realizadas auditorias ao Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, bem como ao Sistema de Gestão por Objetivos – *Balanced Scorecard* e *follow-up* à ação de auditoria efetuada à gestão de existências nos Serviços Farmacêuticos e à cobrança de taxas moderadoras.

## 3. Plano Estratégico e política de riscos da entidade

Plano de Prevenção dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/corruptcao\\_plano16.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/corruptcao_plano16.pdf)

Foram identificados os seguintes níveis de risco:

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 <i>stakeholders</i> , 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 encontram 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.
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.

O CHBM nomeou uma Comissão de Acompanhamento da Prevenção da Corrupção, tendo elaborado o Relatório Anual com o resultado das monitorizações realizadas.

Foram identificados como relevantes e com necessidade de maior acompanhamento e definição de ações, os seguintes riscos moderados e elevados, das diferentes Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção, a saber:

- Nos Serviços Assistenciais:
  - ✓ Os riscos relacionados com a Capacidade instalada e com a Segurança das pessoas foram os riscos mais vezes considerados com nível elevado por 6 Serviços em cada um dos riscos e moderado por 17 Serviços respetivamente.
  - ✓ O risco de Reputação e Imagem foi considerado elevado por um serviço e moderado por 8 Serviços.
  - ✓ O risco da Gestão do Conhecimento, foi considerado moderado por 11 Serviços.
  - ✓ O risco da Gestão de Recursos, foi considerado moderado por 11 Serviços.
  - ✓ O risco Ambiental, foi considerado moderado por 7 Serviços.
  - ✓ O risco Segurança da Informação, foi considerado moderado por 6 Serviços.
  - ✓ Os riscos que apenas foram considerados como fracos são Acompanhamento de Gestão de contratos e Relação dos profissionais de saúde com a indústria farmacêutica e Acumulação de funções incompatíveis.
- Nos Serviços de Apoio:

- ✓ O risco relacionado com a Conformidade foi o risco mais vezes considerado com nível moderado por 8 Serviços. Seguido do Risco de segurança das pessoas que foi considerado como elevado por 1 Serviço e moderado por 6 Serviços, principalmente devido à falta de controlo dos acessos aos Serviços. Seguido do risco de Manuais de Procedimentos, boas práticas e código de conduta que foi considerado moderado por 10 Serviços.
- ✓ O risco de Segurança da Informação foi considerado elevado por 2 Serviços e moderado por 6 Serviços.
- ✓ O risco de Gestão do Conhecimento foi considerado elevado por 1 Serviço e moderado por 7 Serviços.
- ✓ O risco relacionado com a Capacidade instalada foi considerado moderado por 2 Serviços.
- ✓ O risco de Financiamento foi considerado moderado por 2 Serviços.
- ✓ O risco de Autorizações e Responsabilidade foi considerado moderado por 2 Serviços.
- ✓ O risco de Reputação e Imagem foi considerado moderado por 3 Serviços.
- ✓ Os riscos de Desenvolvimento e Manutenção dos sistemas de Informação; Ambiental e Gestão de Recursos e apropriação indevida de activos foram cada um deles considerado moderado por 2 Serviços.
- ✓ O risco de Autorizações e Responsabilidade foi considerado moderado por 2 Serviços.
- ✓ Os riscos que apenas foram considerados como fracos são Não segregação de funções e Acumulação de funções Incompatíveis.

No link abaixo remete-se para o relatório de 2017:

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/Relatorio\\_corupcao17.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/Relatorio_corupcao17.pdf)

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

O Serviço de Auditoria Interna do CHBM depende, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração.

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

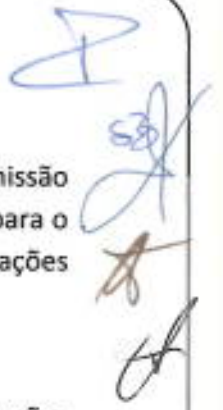
No âmbito das áreas funcionais com competências definidas no Regulamento Interno para a matéria do Risco, consideram-se também os Riscos Clínicos e Não Clínicos, analisados pelo Gabinete de Gestão da Qualidade e do Risco. Segue o estabelecido sobre este ponto no Regulamento Interno do CHBM.

*[Handwritten signatures and initials in blue and brown ink]*

### Gabinete de gestão da qualidade e do risco

1. Compete ao gabinete de gestão da qualidade promover e coordenar actividades de melhoria contínua e da qualidade, assim como gerir os programas de acreditação e certificação.
2. Este gabinete pode integrar núcleos tecnicamente autónomos como o núcleo de gestão do risco e segurança do doente, o núcleo de gestão de risco, o núcleo de auditoria interna, o núcleo de controlo interno e o núcleo de gestão documental.
3. Compete ao núcleo de gestão do risco e segurança do doente:
  - a) Propor a política geral da qualidade;
  - b) Avaliar os riscos clínicos e seus factores causais e adoptar medidas preventivas;
  - c) Implementar um sistema de relato de incidentes clínicos, sua investigação e seguimento;
  - d) Analisar reclamações e queixas que permitem a identificação precoce de riscos clínico;
  - e) Em articulação com a comissão de catástrofe, apresentar proposta, sugestões e recomendações para a implementação e actualização do plano de emergência (Plano de Emergência da Unidade de Saúde –PEUS);
  - f) Providenciar auditorias de qualidade e fomentar práticas baseadas na evidência;
  - g) Promover formação na área de gestão do risco clínico e de auditoria clínica em articulação com o centro de formação.
4. Compete ao núcleo de gestão do risco:
  - a) Identificar e avaliar riscos e seus factores causais e adotar medidas preventivas;
  - b) Implementar um sistema de relato de incidentes, e definir, para cada risco, metodologias de atuação;
  - c) Analisar reclamações e queixas que permitem a identificação precoce de riscos não clínicos;
  - d) Em articulação com o serviço de instalações e equipamentos, apresentar proposta, sugestões e recomendações para a implementação e actualização do plano de segurança (emergência interno);
  - e) Promover formação na área de gestão do risco geral em articulação com centro de formação.

No CHBM está igualmente nomeada a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, com as seguintes atribuições definidas em sede de Regulamento interno da instituição.



### Comissão de qualidade e segurança do doente

1. Sem prejuízo das competências do gabinete de gestão da qualidade, compete à comissão de qualidade e segurança do doente a formulação da política de qualidade orientada para o utente nas dimensões de planeamento e melhoria contínua e o acompanhamento das ações com vista à segurança do doente.
2. Compete-lhe em especial:
  - a) A elaboração de estudos e a apresentação de 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.
3. O trabalho desenvolvido deve integrar o relatório de atividades a remeter ao conselho de administração.

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.

### Saúde ocupacional

1. A organização da segurança, higiene e saúde no trabalho, é da responsabilidade do serviço de saúde ocupacional que desenvolve a sua atividade com vista à prevenção dos riscos profissionais e a promoção da saúde dos trabalhadores.
  2. O serviço de saúde ocupacional, tem por objetivos gerais:
    - a) Promover locais de trabalho saudáveis, através da promoção da saúde dos trabalhadores 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) Assegurar a confidencialidade dos dados de saúde e proteger a privacidade dos trabalhadores;
    - d) Desenvolver atividades de formação, informação e educação para a saúde;
- Regulamento Interno do Centro Hospitalar Barreiro Montijo
- e) Apoiar os trabalhadores e os órgãos de administração, no estabelecimento e conservação do ambiente de trabalho saudável e seguro que favoreça a optimização da saúde física e mental relacionada com o trabalho.
3. As funções do serviço de saúde ocupacional relacionam-se com:
    - a) Vigilância da saúde dos trabalhadores;

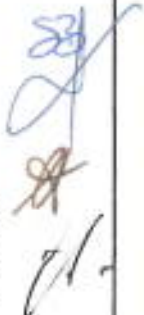


b) Vigilância do ambiente de trabalho;

c) Medicina Curativa;

d) Promoção da Saúde.

4. O serviço de saúde ocupacional deve assegurar uma consulta de medicina no trabalho e desenvolver as demais atividades decorrentes da lei, assegurando as notificações e comunicações obrigatórias com a Autoridade para as Condições do Trabalho e demais entidades públicas.



#### 6. Gestão do Risco Financeiro

O Despacho nº 101/2009 – SETF, de 30 de Janeiro, vêm 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 do CHBM, 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.

À data do encerramento do Balanço de 2017 não existiam empréstimos contraídos.

Como podemos constatar o risco financeiro do CHBM, EPE é nulo.

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

Handwritten mark resembling a stylized 'P' or 'B'.

Handwritten signature and initials.

Cumprimento das Orientações Legais	Cumprimento			Quantificação / Identificação	Justificação / Referência ao ponto da Relatório
	S	N	N.A.		
<b>Objetivos de Gestão / Planos de Atividades e Organização</b>					
Objetivo 1			X	N Cumprimento	Indicar cada objetivo de gestão da empresa
Objetivo 2			X		
Objetivo 3			X		
Gestão do Risco Financeiro	X			0%	
Limites de Crescimento e Endividamento	X			0%	
Evolução do PMP a fornecedores	X			44,60%	
Divulgação dos Atrazos nos Pagamentos ("Arrears")	X			13.806.307 €	
<b>Recomendações do acionista na última aprovação de contas:</b>					
Recomendação 1			X		Até ao presente momento não foi rececionado a aprovação de contas pela acionista referente ao exercício de 2017
Recomendação 2			X		
Etc.			X		
<b>Remunerações:</b>					
Não atribuição de prémios de gestão, nos termos art.º 41º da Lei 83-C/2013	X				
Orgão Social - redução remuneratória nos termos do art.º 33º da Lei 83-C/2013	X				
Orgão Social - redução de 5% por aplicação art.º 13º da Lei 12-A/2010	X				
Auditor externo - redução remuneratória nos termos do art.º 33º da Lei 83-C/2013	X				
Restantes trabalhadores - redução remuneratória, nos termos do art.º 33º da Lei 83-C/2013	X				
Restantes trabalhadores - proibição de valorizações remuneratórias, nos termos do art.º 33º da Lei 83-C/2013	X				
<b>Artigo 12º do EGP</b>					
Utilização de cartões de crédito.	X				Não existem cartões de crédito
Reembolso de despesas de representação pessoal	X				Não existem reembolsos
<b>Contratação Pública</b>					
Aplicação das Normas de contratação pública pela empresa	X				
Aplicação das Normas de contratação pública pelas participadas			X		
Contratos submetidos a visto prévio do TC	X				
<b>Auditorias de Tribunal de Contas:</b>					
Recomendação 1			X		Não foram realizadas auditorias de Tribunal de Contas
Recomendação 2			X		
Etc.			X		
<b>Parque Automóvel</b>					
<b>Gastos Operacionais das Empresas Públicas</b>					
<b>Redução de Trabalhadores</b>					
nº de trabalhadores			X		
nº de cargos dirigentes			X		
<b>Princípio da Unidade de Tesouraria (artigo 123º da Lei 83-C/2013)</b>					

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

A comissão de Prevenção dos Riscos de Corrupção e infracções 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.

Remete-te para o Relatório identificado no ponto VI.B.3

#### **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 do CHBM, é avaliada pelo Revisor Oficial de Contas a quem cabe a sua certificação. O Fiscal Único avalia os SCI e emite Relatório e parecer com as conclusões e recomendações.

### **C. Regulamentos e Códigos**

#### **1. Regulamentos Internos e externos**

O Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro, procedeu à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, modificando o regime jurídico e os estatutos aplicáveis às unidades de saúde com a natureza de entidades públicas empresariais. Por força do artigo 7.º do referido Diploma, o Regulamento Interno do CHBM foi adaptado e aprovado pelo Conselho de Administração, e homologado pelo Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo em 19/07/2013, no uso de subdelegação de competências.

Com este Regulamento, o Centro Hospitalar adotou 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 do CHBM que contém as normas de organização e disciplina do trabalho.

Em 27/02/2014 foi aprovado o Plano de Igualdade e de Género do CHBM 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 do CHBM**

<http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar-chbm/informacao-publica/regulamentos-e-codigos>



## 2. Código de ética

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 do CHBM 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 e ao Código do Procedimento Administrativo aprovado pelo Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de Janeiro. 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.

### Código de ética do CHBM

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/codigo\\_etica\\_chbm16.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/codigo_etica_chbm16.pdf)

## 3. Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

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.

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 CHBM, 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 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 deste CHBM, os diretores e/ou responsáveis dos serviços ou unidades que seguidamente se indicam, constituem-se como "responsáveis setoriais" pela execução Plano e sua monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios:

- Conselho de Administração;
- Centro de Responsabilidade para a Área Cirúrgica;
- 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 neste Centro Hospitalar.

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.

Estes documentos foram divulgados no portal da intranet e através do sítio da internet:

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/declaracoes\\_incompatibilidades17\\_v10.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/declaracoes_incompatibilidades17_v10.pdf)

#### **D. Deveres Especiais de Informação**

As plataformas utilizadas no cumprimento dos deveres de informação, nos termos do n.º 1 do artigo 44.º do Decreto-lei n.º 133/2013 de 3 de outubro, são: A plataforma de reporte de dados do SIRIEF e o serviço online da ACSS.

Plataforma SIRIEF

<https://sirief.dgtf.pt/sites/sirief/dados/infest/default.aspx>

Serviço Online da ACSS

<http://www2.acss.min-saude.pt/so-uog/>

#### **E. Sítio de Internet**

A informação relacionada com a actividade do CHBM, 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 art. 44º do Decreto-Lei nº 133/2013 de 3 de outubro, estão disponíveis e têm divulgação no sítio da internet:

<http://www.chbm.min-saude.pt/>

**a) Sede e demais elementos**

<http://www.chbm.min-saude.pt/contactos>

**b) Estatutos e regulamentos**

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/estatutosEPE\\_17.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/estatutosEPE_17.pdf)

<http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar-chbm/informacao-publica/regulamentos-e-codigos>

**c) Elementos curriculares dos Órgãos Sociais**

Conselho de Administração

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/327/nomeacao\\_novo%20CA.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/327/nomeacao_novo%20CA.pdf)

**d) Documentos de prestação de contas anuais**

<http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar-chbm/informacao-publica/relatorios-e-contas>

**e) Obrigações de serviço público e termos contratuais da prestação de serviço publico**

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/contrato\\_programa17.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/contrato_programa17.pdf)

**f) Modelo de financiamentos e metodologia**

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/contratualizacao\\_termos%20referencia17.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/contratualizacao_termos%20referencia17.pdf)

*Handwritten signatures and initials in blue and black ink.*

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

## F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral

### 1. Referência ao Contrato celebrado com a Entidade Pública

O Contrato Programa do CHBM é celebrado anualmente com a Tutela, representada pela ARSLVT e define a actividade, os objectivos de Qualidade e Eficiência a que o CHBM tem de responder, bem como define o Orçamento Económico que a Instituição tem de cumprir.

### 2. Referência às propostas de contratualização da prestação de serviço público apresentada ao acionista

O contrato-programa celebrado com a tutela e resultante da negociação realizada após apresentação de proposta pelo CHBM 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;
- 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 actividade, 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 de 2017 está divulgado no portal da intranet e através do sítio da internet:

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/contrato\\_programa17.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/contrato_programa17.pdf)

Não existe nenhum outro acordo relativo a esta matéria para lá do Contrato Programa.



*[Handwritten signatures and initials in blue and brown ink]*

## VII. Remunerações

### A. Competência para a Determinação

#### 1. Competência para a determinação da remuneração dos órgãos sociais

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 líquido dos membros dos conselhos de administração que exercem funções a tempo integral é definido tendo por base o valor padrão do vencimento mensal líquido 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.

#### 2. Identificação dos mecanismos adoptados para prevenção de existência de conflitos de interesse

Foi emitida Declaração pelos membros do Conselho de Administração relativa ao conflito de interesses nos termos do n.º 1.º do art. 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. Declaração de Conflito de Interesses

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 o CHBM é uma entidade pública empresarial não está previsto nos estatutos a existência de Comissão para Fixação de Remunerações.

### C. Estrutura das Remunerações

*[Handwritten signatures and initials in blue and black ink]*

## **1. Política de remunerações dos órgãos da 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 do Fiscal Único é fixada por despacho do membro do Governo responsável pela área das finanças, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação da entidade pública empresarial fixados na Resolução do Conselho de Ministros, a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público.

## **2. Modo como a remuneração é estruturado**

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.

Não aplicável os pontos 3, 4 e 5, por se tratar de uma entidade pública empresarial.

## **6. Regimes complementares de pensões ou de reforma antecipada**

Não se aplica ao CHBM, E.P.E. regimes complementares de pensões ou de reforma antecipada para os membros do conselho de administração.

## **D. Divulgação das Remunerações**

### **1. Montante anual de remuneração auferida**

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.

No contexto das políticas de consolidação orçamental visando a redução do défice excessivo do Estado e o controlo do crescimento da dívida pública, foi publicada a Lei n.º 12-A/2010, de 30 de junho, que no seu artigo 12.º determina a redução a título excecional de 5% na remuneração fixa mensal ilíquida dos gestores públicos executivos e equiparados. Também neste contexto, a lei do orçamento do Estado de 2011 determina a aplicação de uma redução mediante a aplicação de uma taxa progressiva sobre o valor das remunerações dos gestores públicos, ou equiparados, dos membros dos órgãos executivos, deliberativos, consultivos, de fiscalização ou quaisquer outros órgãos estatutários dos institutos públicos de regime geral e especial, de pessoas coletivas de direito público dotado de independência decorrente da sua integração nas áreas de regulação, supervisão ou controlo, das empresas públicas de capital exclusiva ou maioritariamente público, das entidades públicas empresariais.

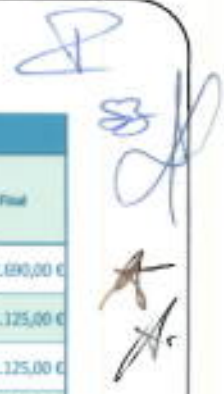
Acresce que, por força da Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de Fevereiro, durante a vigência do PAEF as despesas de representação não são calculadas nos termos definidos no n.º 2 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público.

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.

### Conselho de Administração

Membro do Órgão de Administração Actual	Estatuto do Gestor Público			
	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)	
			Vencimento	Despesas de representação
Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	5	B	3.993,97 €	1.397,89 €
Sónia Maria Alves Bastos	5	B	3.473,02 €	1.041,90 €
Eduardo Manuel Rodrigues	5	B	3.473,02 €	1.041,90 €
Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro	5	B	3.901,67 €	1.041,90 €
António Manuel Silva Viegas	5	B	3.473,02 €	1.041,90 €



Membro do Órgão de Administração Actual	Remuneração Anual 2017 (€)					
	Fixa	Varável	Bónus	Redução Remuneratória	Reversão Remuneratória	Valor Final
Pedro Novo Miguel Baptista Lopes	76.090 €	NA	76.090 €	3.400,00 €		72.690,00 €
Teresa Maria Alves Santos	63.977 €	NA	63.977 €	2.852,00 €		61.125,00 €
Eduardo Manuel Rodrigues	63.977 €	NA	63.977 €	2.852,00 €		61.125,00 €
José Filipe Pereira dos Santos Pinheiro	70.348 €	NA	70.348 €	3.122,00 €		67.226,00 €
António Manuel Silva Viegas	63.977 €	NA	63.977 €	2.852,00 €		61.125,00 €
<b>TOTAL</b>			<b>338.288,00 €</b>	<b>15.078,00 €</b>		<b>323.210,00 €</b>

Membro do Órgão de Administração Actual	Benefícios Sociais (€)							
	Valor de Sub-Retribuição		Regime de Promoção Social		Seguro de Vida	Seguro de Saúde	Outros	
	Fixo	Proporcionável	Unidade	Proporcionável	Proporcionável	Proporcionável	Unidade	Proporcionável
Pedro Novo Miguel Baptista Lopes	4,77 €	1.091,71 €	SI	17.260,84 €	NA	NA		
Teresa Maria Alves Santos	4,77 €	1.090,89 €	CSA	18.331,21 €	NA	NA		
Eduardo Manuel Rodrigues	4,77 €	1.091,84 €	SI	14.111,21 €	NA	NA		
José Filipe Pereira dos Santos Pinheiro	4,77 €	1.090,25 €	CSA	15.940,88 €	NA	NA		
António Manuel Silva Viegas	4,77 €	1.091,71 €	CSA	14.111,21 €	NA	NA		
<b>TOTAL</b>		<b>5.466,40 €</b>		<b>75.756,14 €</b>				<b>- €</b>

Não se aplicam os pontos 2, 3 e 6.

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

Não se registaram pagamentos desta natureza em 2017.

**5. Montante anual de remuneração anual auferida pelos membros do órgão de fiscalização da entidade.**

Remete-se para o quadro apresentado no ponto C – Fiscalização.

**VIII. Transacções com partes relacionadas e Outras**

**1. Apresentação de mecanismos de controlo transacções com partes Relacionadas e Outras**

Os mecanismos implementados para efeitos de controlo de transacções com partes relacionadas resultam das normas de contratação pública em vigor no Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM) que decorrem do Código dos Contratos Públicos (CCP) aprovado pelo

Z

S3/10

S3/10

S3/10

Decreto-Lei n.º 18/2008 de 29 de Janeiro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 278/2009 de 2 de Outubro, e posteriormente alterado pela Lei n.º 3/2010 de 27 de Abril, pelo Decreto-Lei n.º 131/2010 de 14 de Dezembro e pelo Decreto-Lei n.º 149/2012 de 12 de Julho.

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 no CHBM, 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 previstas no CCP e demais legislação aplicável. A “Política de Aprovisionamento” do CHBM é operacionalizada através da elaboração e implementação dos Procedimentos Gerais ou Sectoriais.

O SAp tem Certificação pela Norma ISO 9001:2008, 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 15 procedimentos internos, além do Manual de Qualidade e do Regulamento de Contratação.

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. No ano 2016 foi submetido a visto do Tribunal de Contas, procedimentos de contratação corresponde à prestação de serviços de alimentação, transporte de doentes, medicamentos e reagentes.

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 2017, apuraram-se proveitos no valor global de 59,3 milhões de euros, distribuídos pelas seguintes rubricas:

PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS (SNS)	
	2017
Internamento	24.545.053 €
Consulta Externa	7.346.133 €
Urgência	6.024.397 €
Hospitais de Dia	633.220 €
GDH's de Ambulatório	6.407.929 €
Programas Verticais	6.492.319 €
Outros	7.873.855 €
<b>Total das Prestações de Serviço (SNS)</b>	<b>59.322.906 €</b>



## 2. Informação sobre outras transações

- a) Procedimentos adoptados em matéria de aquisição de bens e serviços

Manual de procedimentos e boas práticas na área da contratação pública

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/manual\\_contratacao\\_publica18.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/manual_contratacao_publica18.pdf)

As Transacções relevantes com outras entidades, são as seguintes:

Nome	Descrição	Valor (€)
Global Sciences, Lda	Matérias Primas	2.265.293 €
Roche - Farmaceutica, Lda	Matérias Primas	1.514.283 €
VIIVI Healthcare, Unipessoal, Lda	Matérias Primas	1.115.081 €
Abbott, Lda	Matérias Primas	906.202 €
Janssen Cilag Farmaceutica, Lda	Matérias Primas	779.114 €
Abbott Laboratórios	Matérias Primas	317.189 €
MSD Merck Sharp & Dohme, Lda	Matérias Primas	462.070 €
Pfizer Biofarmaceutica, Lda	Matérias Primas	428.551 €
Beausé Myers Spahbi, Lda	Matérias Primas	372.129 €
Medtronic Portugal, Lda	Matérias Primas	368.989 €

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

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

NIF	Nome	Valor
980122538	Eulen, SA	993.664,21 €
500900469	SUCH - Serv. Comum Hospitalar	793.820,64 €
501323325	UNISELF, Lda.	703.699,21 €
502124083	Iberdrola, Lda.	554.044,87 €



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

### 1. Estratégias adoptadas e grau de cumprimento

O CHBM, 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.

A estratégia do CHBM do ponto de vista da sustentabilidade económico-financeiro passou pelo objetivo de melhoria dos seus resultados o que implicou a implementação de medidas tendentes a garantir o aumento da produção realizada, bem como o atingimento dos indicadores de qualidade e eficiência definidos no âmbito do Contrato Programa de 2017. A par disso, igualmente a implementação de uma gestão rigorosa do orçamento económico disponível, mas com a evidente necessidade reforçar as equipas clínicas e garantir a realização de investimentos prementes para a prestação de cuidados, após um período de enorme contenção que careciam de ser ultrapassados sob pena de inoperância em algumas áreas.

Nesta linha, a aquisição de equipamento ao abrigo do POR Lisboa 2020, a reinstalação do serviço de medicina interna no Hospital do Montijo, a candidatura ao Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes no Serviço Nacional de Saúde efetuada pelo CHBM em articulação com ACES Arco Ribeirinho, que se destina a fomentar a articulação e a integração entre prestadores de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde, norteiam a estratégia de incremento da atividade assistencial do Centro Hospitalar.

Por outro lado, tendo em atenção a envolvente externa que se caracteriza por défice de profissionais em algumas especialidades que, no CHBM são a base para a acessibilidade dos utentes à prestação de cuidados de saúde, foi crucial a cooperação entre os três Hospitais da Península de Setúbal, sob a égide da ARSLVT, no sentido de definir protocolos de articulação que contribuíram para a garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, em termos da oferta que se disponibiliza à população, quer para a sustentabilidade dos hospitais em matéria de equilíbrio económico-financeiro.

### 2. Políticas prosseguidas

O CHBM mantém o seu empenho na diferenciação e distinção da atividade assistencial desenvolvida, destacando-se no ano 2017 os Serviços de Pediatria, Oncologia e Bloco Operatório que receberam os diplomas de acreditação, pela Direção-geral de Saúde (DGS), em conformidade com o Modelo de Acreditação da Agencia de *Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA). A Pediatria e a Oncologia viram os seus serviços certificados em 2016 e o Bloco Operatório no início do ano 2017, sendo este último serviço o primeiro do SNS a ser acreditado

através deste Modelo. O Modelo de acreditação ACSA, aprovado pelo Ministério da Saúde Português, foi adotado pela DGS por 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 e destinatários idênticos em termos demográficos e epidemiológicos.

O CHBM conta, desde 1 de junho de 2017, com uma Equipa de Cuidados Paliativos Pediátricos, a primeira da Península de Setúbal. Esta equipa tem como missão assegurar cuidados paliativos de qualidade à criança e família, numa forma holística (física, psíquica, emocional, social e espiritual) e humanizada, satisfazendo as suas necessidades, preferências e desejos, sempre que possível em ambulatório, de acordo com as suas especificidades e reconhecimento da sua trajetória de doença e fase em que se encontra.

Durante o ano 2017 mantiveram-se as negociações entre os 3 Hospitais da Península de Setúbal, para a aquisição conjunta de medicamentos, material de consumo clínico e meios complementares de diagnóstico, tendo em vista a constituição de volumes de aquisição que implicassem contrapartidas financeiras favoráveis às três instituições.

Ainda neste ano, procedeu-se à revisão de protocolos terapêuticos de prescrição para a albumina, medicamentos biológicos e biossimilares, bem como a adoção de TARV custo efetiva para o tratamento de doentes com VIH/SIDA, permitindo uma redução na despesa com medicamentos.

### 3. Forma de cumprimento dos princípios inerentes a uma adequada gestão empresarial

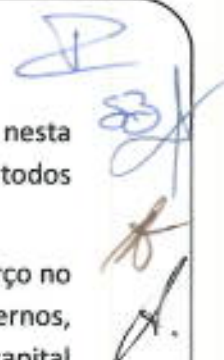
#### a) Sustentabilidade Social

O CHBM continua condicionado pelas inúmeras situações sociais que impedem que as altas médicas correspondam a saídas efetivas e imediatas dos utentes para o seu domicílio. Esta situação tem vindo a ser minimizada com o incremento do número de camas da Rede Nacional de Cuidados Continuados, mas mantêm-se os inúmeros casos de permanência prolongada (por vezes, mais de 3 meses) dos utentes no Hospital por motivos não clínicos, desviando-se assim os recursos de saúde para outras finalidades.

Existe a preocupação da procura sistemática da opinião dos utentes, internos e externos, considerando, as suas opiniões/sugestões/reclamações como um instrumento fundamental para uma análise das situações que possibilitam aumentar significativamente essa participação e desenvolver simultaneamente ações que contribuam para a melhoria da qualidade dos serviços que presta. Neste sentido procedeu-se ao inquérito anual aos utentes utilizadores dos serviços do CHBM, bem como o inquérito respeitante aos clientes internos, na perspetiva de melhorar a articulação entre serviços.

O CHBM 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.

Ao nível da promoção e valorização individual dos recursos humanos, foi feito um esforço no sentido da promoção de ações formação/workshops, utilizando apenas recursos internos, sem custos adicionais, demonstrando a preocupação com a gestão adequada do capital humano da organização.

O CHBM colabora na inclusão social (empregabilidade) através da adesão ao Programa Impulso jovem, bem como protocolos com Universidades, Institutos Politécnicos e outras Escolas Superiores, através da oferta de estágios académicos.

### **b) Sustentabilidade Ambiental**

O CHBM 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.

Foi dada continuidade à implementação das medidas previstas no Guia de Combate ao Desperdício, aprovado em 2012.

Em abril de 2017 o CHBM candidatou-se ao Programa Operacional da Sustentabilidade e Eficiência no Uso de Recursos (POSEUR), apresentando um projeto no valor de 5,2M€, cujo o termo de aceitação foi assinado a 20 de outubro. Este Programa visa implementar um projeto integrado de gestão e racionalização energética no Hospital de Nossa Senhora do Rosário - Barreiro, que se prevê venha a ter um impacto de redução nos consumos na ordem dos 45% de energia, num montante global de cerca de 310 mil euros por ano.

*[Handwritten signatures and initials in blue and black ink]*

### c) Plano de igualdade

Foi aprovado a 29 de dezembro de 2017 o plano de igualdade de género do CHBM.

#### Plano de Igualdade de Género

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/Plano\\_igualdade\\_17.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/Plano_igualdade_17.pdf)

### d) Medidas concretas no que respeita ao Princípio da Igualdade do Género

#### Objectivos

- ✓ Garantir a igualdade de oportunidades e de tratamento entre homens e mulheres no CHBM.
- ✓ 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 no CHBM.
- ✓ 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 do CHBM.
- ✓ 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.

**e) Política de Recursos Humanos orientadas para a valorização do indivíduo, fortalecimento da motivação e aumento da produtividade**

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 objectivo de aumentar a satisfação e a motivação dos colaboradores, possibilitando oportunidades de usufruto da vida privada e de investimento e dedicação à carreira profissional, o CHBM 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.
- ✓ Melhoria dos locais de pausa para refeições, designadamente a cafetaria destinada aos profissionais no Hospital de Nossa Senhora do Rosário, passando a dispor de um espaço exterior renovado e mais acolhedor.
- ✓ Envolvimento e participação dos trabalhadores através da elaboração de diversas ações que promovem a aprendizagem e desenvolvimento dos profissionais do CHBM, 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) Políticas de responsabilidade económica com vista a salvaguardar a competitividade da entidade**

O projecto executado no âmbito do Programa Operacional Lisboa 2020 possibilitou a aquisição de um conjunto de equipamentos de tecnologia avançada destinados às áreas da Oftalmologia, Cardiologia e Oncologia, com o objetivo de, através da modernização tecnológica de diagnóstico pretendida, se garantir uma melhor cobertura e acesso da população servida pelo CHBM, com qualidade acrescida e em tempo adequado. O CHBM concluiu com sucesso o Programa Operacional Lisboa 2020, a que se candidatou em março de 2017 sob o lema “Inovar para melhor cuidar”, tendo adquirido 18 equipamentos que permitem a atualização tecnológica de diagnóstico e terapêutica altamente especializada em vários serviços desta Instituição. Em termos financeiros, foram adquiridos os 16 equipamentos previstos inicialmente nesta candidatura, num valor total de 685 mil euros. Uma vez que o

montante aprovado foi na ordem dos 790 mil euros, o CHBM solicitou autorização para adquirir mais dois novos equipamentos, o que foi aceite e executado integralmente.

Em 2018 foi já apresentada uma nova candidatura ao programa Lisboa 2020, com o objetivo de continuar a promover uma melhoria contínua de forma a salvaguardar a competitividade do CHBM.

## X. Avaliação do Governo Societário

### 1. Verificação do cumprimento das recomendações recebidas relativamente à estrutura e práticas do Governo Societário

O CHBM 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 2017 foi adoptado 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 o CHBM 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.
- ✓ O CHBM tem um Fiscal Único, 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 fiscal único, 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.

## 2. Outras informações

Não existem outras informações relevantes a prestar neste contexto.

### O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O Presidente do Conselho de Administração

  
*Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes*

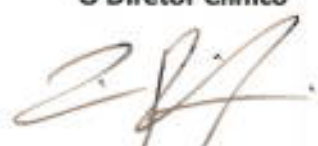
O Vogal do Conselho de Administração

  
*Eduardo Manuel Rodrigues*


A Vogal do Conselho de Administração

  
*Sónia Maria Alves Bastos*

O Diretor Clínico

  
*Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro*

O Enfermeiro Diretor

  
*António Manuel Silva Viegas*

*[Handwritten signatures and initials in blue and brown ink]*

# ANEXOS

# APRESENTAÇÃO SROC (ENTIDADES PÚBLICAS)

**ABC - Azevedo Rodrigues, Batalha, Costa & Associados  
Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, Lda**



**Azevedo Rodrigues, Batalha, Costa & Associados Sociedade de Revisores  
Oficiais de Contas, Lda.**

NIPC 501 188 227 - GRUC inscricção 115 - CMVM registada 8932  
Código Social 360 - Fisco 301 - Pisco 11 - Lsc 11 - 1700-097 Lisboa  
Tel 217 575 917-986 - Fax 217 575 017



Azevedo Rodrigues, Batalha, Costa & Associados, Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, Lda.

## APRESENTAÇÃO DA SROC

**Nome:** *ABC - AZEVEDO RODRIGUES, BATALHA, COSTA & ASSOCIADO S- Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, Lda*

**Contribuinte nº:** 503 188 220

**CAE:** 91120

**Forma Jurídica:** Sociedade de profissionais sob a forma comercial

**Sede Social:** Campo Grande 380, Lote 3 C - Piso 0, Esc. B  
1700-097 Lisboa

**Escritórios:** Campo Grande 380, Lote 3C - Piso 0, Esc. B – 1700 Lisboa; Tel. 217 575 917; Fax: 217 574 037  
  
Rua Manuel Jacinto Lote 31, r/c  
Nazaré: Tel./Fax: 262 382 991

**Sócios:**  
**Revisores Oficiais de Contas** José Maria Monteiro de Azevedo Rodrigues  
José António da Vila Batalha  
João da Rocha Abrantes Costa  
José Miguel Morais de Azevedo Rodrigues

**Sociedades de Revisores Oficiais de Contas** Vitor Almeida & Associados, SROC, Lda  
MRG – Roberto, Graça & Associados, SROC.

**Nº de Inscrição na Ordem Revisores Oficiais de Contas (OROC)** 115

**Registada na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários (CMVM)**

A sociedade, está qualificada para realizar auditorias estatutárias de demonstrações financeiras, individuais e consolidadas, em conformidade com o disposto na Diretiva 2014/56/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de abril de 2014, dado estar inscrita na Ordem dos Revisores Oficial de Contas e registada na CMVM (nº 115), em observância do disposto no artigo 147º da Lei nº 140/2015 de 7 de setembro.





## EQUIPA

Para além do **Revisor Oficial de Contas** subscritor do presente documento, os membros a afectar aos serviços de revisão legal das contas serão seleccionados de entre a seguinte equipa técnica:

Nomes	Licenciaturas	Pós-Graduações e Especializações
José António Batalha	GESTÃO	Revisor Oficial de Contas
João Abrantes Costa	Gestão	Doutorado em Finanças Revisor Oficial de Cobtas
José Miguel Rodrigues	Gestão (ISCTE)	Contabilidade Financeira Avançada Controlo Gestão e Performance Revisor Oficial de Contas
Marisa Isabel da Cunha	Gestão (ISCTE)	Auditoria Financeira Revisora Oficial de Contas
Luis Filipe Alves	Auditoria (ISCAL)	P.G. em Auditoria e Revisão de Contas Mestrado em Contabilidade
Helena Cristina Morais	Direito (FDL)	Pós Graduação em Gestão Fiscal P.G. em Auditoria e Revisão de Contas P.G. em Contratação Pública
Marco Duarte	Auditoria (ISCAL)	Gestão Fiscal Avaliador certificado CMVM
Carla Macedo	Auditoria (ISCAL)	P.G. em Auditoria e Revisão de Contas Mestrado em Contabilidade
Sónia Coelho	Gestão (ISCTE)	MBA em Gestão
Ana Isabel Lino	Gestão (ISCTE)	Pós Graduação em Gestão Fiscal
Miguel Andrade	Inf.Gestão Emp. (ISCTE)	Microsoft certified
Miguel Nogueira	Auditoria (ISCAP)	Mestrado em Auditoria (em curso)
Tatiana Jalba	Fin, Contabilid. (ISCTE)	



## **EXPERIÊNCIA EM ENTIDADES PÚBLICAS**

Projetos de auditoria e fiscalização em entidades públicas, da responsabilidade da sociedade, em que vários elementos da nossa equipa estiveram ou estão envolvidos:

<b>PROJECTO/FUNÇÃO</b>	<b>EMPRESA/ORGANISMO</b>
Auditorias Técnico – Económico - Financeiras ao Programa “Ciência Viva”	Associação Ciência Viva
Certificações de saldos – PRAI Madeira	Madeira Tecnopolo
Auditorias Técnico – Económico – Financeiras	Programa Operacional da Sociedade do Conhecimento
Certificações de saldos – CPI e INNOREGIO	Agência de Inovação
Auditorias RIME-IDL (RCM 57/95)	DGDR – Direcção Geral de Desenvolvimento Regional
Auditorias RIME (RCM 154/96)	DGDR – Direcção Geral de Desenvolvimento Regional
Auditorias Técnico – Económico – Financeiras ao RIME (Madeira)	Região Autónoma da Madeira Secretaria Regional do Plano e Finanças Direcção Regional de Planeamento
Auditorias Técnico – Económico – Financeiras ao RIME (Açores)	Região Autónoma dos Açores Secretaria Regional da Economia dos Açores Gabinete Planeamento Gestão de Incentivos
Interregue II (auditoria)	DGDR - Direcção Geral de Desenvolvimento Regional
Auditoria de 1º nível	CCRLVT – Comissão de Coordenação Regional de Lisboa e Vale do Tejo
Auditoria aos beneficiários do prémio do tabaco.	INGA – Instituto Nacional de Intervenção e Garantia Agrícola
Auditoria às taxas EEB.	INGA – Instituto Nacional de Intervenção e Garantia Agrícola
Auditoria no âmbito do PRAI Madeira	Madeira Tecnopolo
Revisor Oficial de contas – 6 anos	Grutas de São Vicente, S.A. (atualmente Naturnorte)
Revisor Oficial de Contas – 4 anos	Associação de Municípios da Madeira (AMRAM)

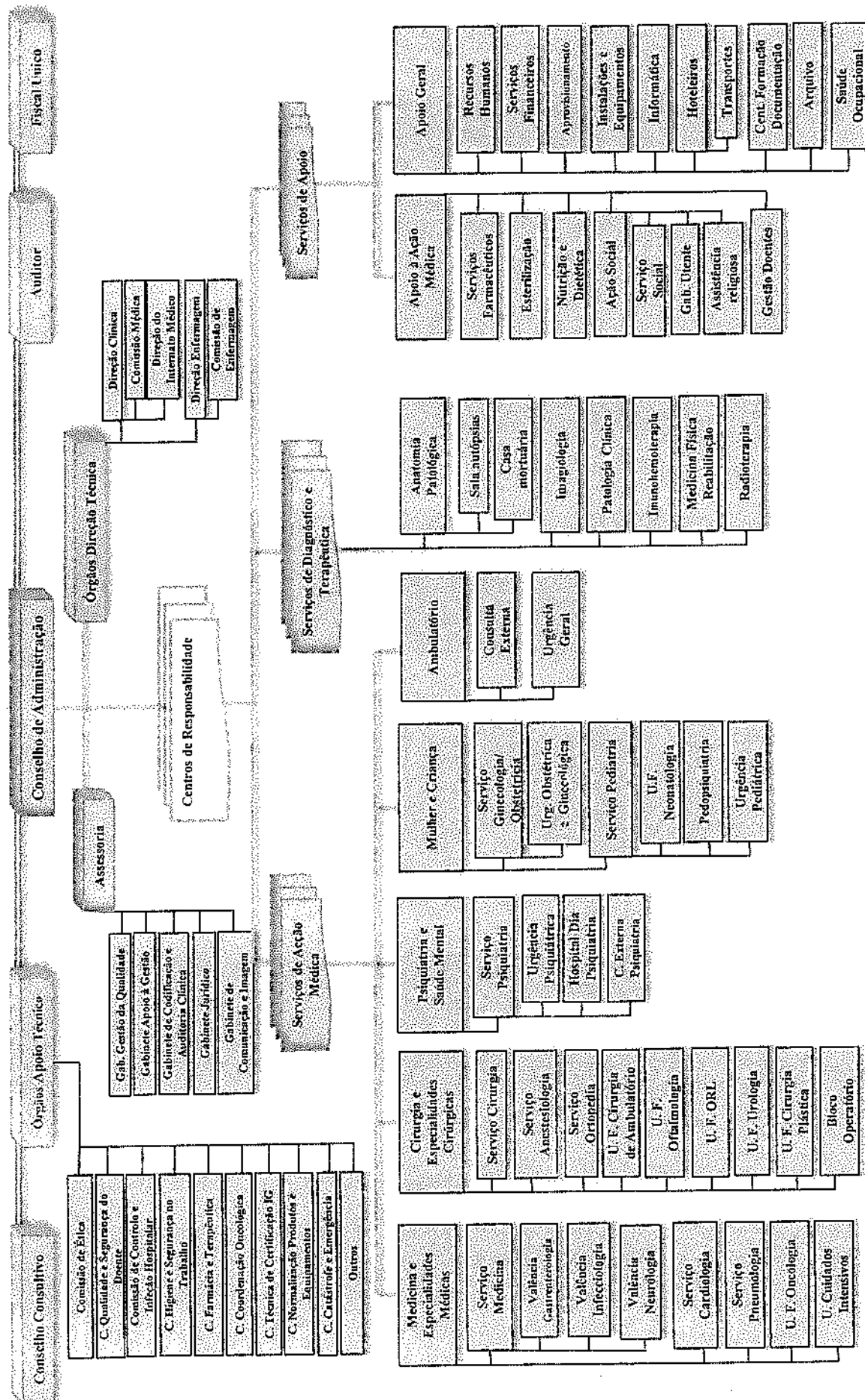


Avenida Rodrigues, 234A, Lisboa  
Sociedade de Auditores Oficiais de Contas, Lda.

<b>PROJECTO/FUNÇÃO</b>	<b>EMPRESA/ORGANISMO</b>
Auditoria Técnico – Económico – Financeira	IAPMEI – Instituto de Apoio a Pequenas e Médias Empresas
Revisor Oficial de Contas – Fiscal Único – 9 anos	Adi – Agência de Inovação, S.A. (atual ANI- Agência Nacional de Inovação)
Revisor Oficial de Contas – Fiscal Único 3 anos	AMRAM – Associação dos Municípios da Madeira
Revisor Oficial de Contas – Fiscal Único 4 anos	ANCP - Agência Nacional para as Compras Públicas - EPE
Revisor Oficial de Contas – Presidente Conselho Fiscal -	Ciência Viva - Agência Nacional Cultura Científica e Tecnológica
Revisor Oficial de Contas – Fiscal Único – 5 anos	GERAP - Gestão de Recursos Partilhados da Administração Pública – EPE
Revisor Oficial de Contas – Fiscal Único – 10 anos	HOSPITAL de Nossa Senhora do Rosário - Barreiro – EPE (atual Barreiro-Montijo)
Revisor Oficial de Contas – Fiscal Único – 9 anos	SESARAM – Serviço Saúde da Região Autónoma da Madeira. EPE (que sucedeu ao SRS – Serviço Regional de Saúde da Madeira- Presidente C. Fiscal
Revisor Oficial de Contas – Fiscal Único – 8 anos	INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
Revisor Oficial de Contas – Fiscal Único – 6 anos	Sociedade das Grutas de S. Vicente (empresa intermunicipal)
Revisor Oficial de Contas – Fiscal Único – desde 2014	ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde
Revisor Oficial de Contas – Fiscal Único – desde 2014	Hospital Fernando Fonseca - EPE
Auditoria completa- Demonstrações Financeira de um triénio	Câmara Municipal de Leiria
Revisor Oficial de Contas – Fiscal Único – 2 anos	Hospital Curry Cabral
Chefe de consórcio de auditorias para o Ministério da Saúde	Auditoria aos anos de 2013 e 2014 a entidades do MS, contratada com os SPMS
Realização de auditorias no âmbito do Consórcio acima descrito.	ARS – Centro, anos de 2012, 2013 e 2014 ARS – Alentejo, anos de 2012, 2013 e 2014 Hospital Garcia, ano de 2014

Lisboa, 2 de janeiro de 2016  
José Azevedo Rodrigues

# ORGANOGRAMA



## PARTE F

### REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

#### Presidência do Governo

##### Aviso n.º 2/2017/M

No cumprimento dos termos do disposto no n.º 1 do artigo 104.º do Decreto Legislativo Regional n.º 43/2008/M, de 23 de dezembro, que institui o Sistema Regional de Gestão Territorial da Região Autónoma da Madeira, torna-se público que foi publicada no *Jornal Oficial da Re-*

*gião Autónoma da Madeira*, 1.ª série n.º 226 (2.º Suplemento), de 27 de dezembro de 2016, a Resolução n.º 1010/2016, aprovada na reunião do Conselho do Governo realizada no dia 22 de dezembro, que prorroga por mais um ano o prazo de vigência das medidas preventivas a que ficou sujeita a área afeta ao Parque Empresarial de Machico, abrangida pela suspensão parcial do Plano Diretor Municipal de Machico, determinada pela Resolução n.º 1260/2014, publicada a 23 de dezembro.

28 de dezembro de 2016. — O Presidente do Governo Regional, *Miguel Filipe Machado de Albuquerque*.

210131563

## PARTE G

### CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, E. P. E.

##### Aviso n.º 540/2017

#### Procedimento concursal simplificado de recrutamento de pessoal médico para a categoria de Assistente Hospitalar, com a especialidade de Oftalmologia, da carreira médica hospitalar

Torne-se público que, nos termos do n.º 5 da cláusula 26.º do ACT que regulamenta a tramitação do procedimento concursal de recrutamento para postos de trabalho da carreira médica, no âmbito das entidades prestadoras de cuidados de saúde que revistam natureza empresarial, foi, por deliberação do Exmo. Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Algarve de 06.12.2016, homologada a lista unitária de ordenação final dos candidatos ao procedimento concursal simplificado, aberto através do Aviso n.º 11830/2016, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 186, de 27 de setembro de 2016, para recrutamento de trabalhadores médicos, com vista à celebração de contrato individual de trabalho por tempo indeterminado, para o preenchimento de 2 postos de trabalho da Carreira Médica, da área de Oftalmologia:

1.º Filipe Miguel Clara Isidro — 18,5 valores

28 de dezembro de 2016. — O Presidente do Conselho de Administração, *Joaquim Ramalho*.

210139542

##### Despacho n.º 774/2017

Por despacho do Sr. Enfermeiro Diretor deste Centro Hospitalar de 10/10/2016:

Martimiano Manuel Albino Cruz, Assistente Operacional em Regime de Contrato Funções Públicas deste Centro Hospitalar, passa à situação de licença sem retribuição nos termos do art.º 34.º da Lei n.º 35/2014 de 20/06, com início em 27/09/2016.

31/10/2016. — A Diretora do Serviço de Gestão de Recursos Humanos, *Ritzi Carvalho*.

210135751

### CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, E. P. E.

##### Deliberação n.º 41/2017

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barreiro Montijo, reunido a 18 de novembro de 2016, delibera, ao abrigo do disposto nos artigos 44.º e 46.º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro, e do n.º 3 do artigo 7.º dos Estatutos das Entidades Públicas Empresariais, constantes do Anexo II ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro, aplicáveis

no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E., por força do n.º 2 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 280/2009, de 6 de outubro, e do n.º 1 do artigo 109.º do Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, delegar nos seus membros, abaixo indicados, o seguinte:

1 — No Conselho do Conselho de Administração, Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes, para além das competências próprias e da coordenação genérica de todas as áreas, a coordenação da Comissão de Catástrofe e de Emergência, do Serviço de Recursos Humanos, do Centro de Formação Profissional e Documentação, do Gabinete Jurídico, do Gabinete de Comunicação e Imagem e do Serviço de Auditoria Interna, atribuindo-lhe competência para:

1.1 — Atos de gestão corrente no âmbito das áreas de coordenação direta:

1.1.1 — Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários dos profissionais;

1.1.2 — Justificar e injustificar faltas, nos termos da lei;

1.1.3 — Autorizar a participação dos profissionais em sessões de cariz formativo e em estágios realizados no território nacional, desde que não determinem encargos para a instituição;

1.1.4 — Autorizar a participação dos profissionais em júris de concursos noutras instituições;

1.1.5 — Ordenar a instauração de processos de inquérito, sindicâncias e processos disciplinares;

1.1.6 — Autorizar o gozo e a acumulação de férias e aprovar os respetivos planos anuais e subsequentes alterações dos profissionais;

1.1.7 — Validar a realização de trabalho extraordinário e suplementar realizado pelos profissionais;

1.1.8 — Propor ao Conselho de Administração profissionais para exercício de cargos de direção e chefia;

1.1.9 — Assinar correspondência e expediente.

1.2 — Atos de gestão no âmbito do Serviço de Recursos Humanos:

1.2.1 — Celebrar, prorrogar, renovar e resolver contratos de trabalho, praticando os atos resultantes da caducidade ou revogação dos mesmos;

1.2.2 — Praticar todos os atos subsequentes à abertura de concursos na área dos recursos humanos, com exceção da decisão de recursos hierárquicos;

1.2.3 — Autorizar a atribuição dos abonos e regalias a que os profissionais tenham direito;

1.2.4 — Autorizar a participação dos profissionais em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, entre outros, de cariz formativo realizados em território nacional

1.2.5 — Autorizar deslocações em serviço, qualquer que seja o meio de transporte, bem como o processamento dos correspondentes abonos ou despesas com a aquisição de bilhetes ou títulos de transporte e de ajudas de custo, antecipadas ou não;

1.2.6 — Conceder as licenças e dispensas previstas no regime legal da proteção da parentalidade;

1.2.7 — Atribuir o estatuto de trabalhador-estudante;  
1.2.8 — Autorizar os pedidos de equiparação a bolseiro no país ou no estrangeiro

1.2.9 — Diligenciar a verificação do estado de doença, comprovada por certificado médico;

1.2.10 — Promover a submissão dos profissionais a juntas médicas;

1.2.11 — Aprovar as listas legais de antiguidade dos funcionários e decidir das respetivas reclamações

1.2.12 — Qualificar os acidentes de trabalho;

1.2.13 — Determinar a reposição de dinheiros públicos e participar à administração fiscal as faltas de pagamento;

1.2.14 — Praticar todos os atos relativos à aposentação dos profissionais e, em geral, todos os atos respeitantes ao respetivo regime de proteção social;

1.2.15 — Autorizar a extração de fotocópias e a emissão de certidões/declarações;

1.2.16 — Autorizar a destruição de documentos respeitantes a concursos, nos termos da legislação em vigor;

1.2.17 — Autorizar os profissionais a comparecer em juízo quando para tal forem requisitados;

1.2.18 — Assinar a correspondência ou expediente respeitante a matérias de gestão de recursos humanos e autorizar publicações na imprensa diária e no *Diário da República*, respeitantes às áreas de coordenação direta.

2 — Na Vogal Executiva do Conselho de Administração, Dra. Sónia Maria Alves Bastos, a coordenação da Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia, da Equipa de Acompanhamento da Consulta a Tempo e Horas, do Serviço de Gestão de Doentes, do Arquivo, do Serviço Financeiro, da área do Apoio Social e do Gabinete de Apoio à Gestão, atribuindo-lhe competência para:

2.1 — Atos de gestão corrente no âmbito das áreas de coordenação direta:

2.1.1 — Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários dos profissionais;

2.1.2 — Justificar e injustificar faltas, nos termos da lei;

2.1.3 — Autorizar a participação dos profissionais em sessões de cariz formativo e em estágios realizados no território nacional, desde que não determinem encargos para a instituição;

2.1.4 — Autorizar a participação dos profissionais em júris de concursos noutras instituições;

2.1.5 — Ordenar a instauração de processos de inquérito, sindicâncias e processos disciplinares;

2.1.6 — Autorizar o gozo e a acumulação de férias e aprovar os respetivos planos anuais e subsequentes alterações dos profissionais;

2.1.7 — Validar a realização de trabalho extraordinário e suplementar realizado pelos profissionais;

2.1.8 — Propor ao Conselho de Administração profissionais para exercício de cargos de direção e chefia;

2.1.9 — Assinar correspondência e expediente.

2.2 — Atos de gestão no âmbito do Serviço Financeiro:

2.2.1 — Acompanhar a execução do orçamento e apresentar medidas corretivas necessárias à correção de desvios em relação às previsões estabelecidas;

2.2.2 — Autorizar o pagamento das despesas autorizadas pelo Conselho de Administração;

2.2.3 — Emitir cheques e efetuar transferências bancárias nos termos estabelecidos com o Conselho de Administração;

2.2.4 — Assegurar a regularidade da cobrança das dívidas;

2.2.5 — Autorizar os reembolsos de pagamentos indevidos, nos termos legais;

2.2.6 — Proceder à anulação de faturas, nos termos legais;

2.2.7 — Declarar as dívidas como incobráveis, nos termos da legislação em vigor;

2.2.8 — Autorizar o pagamento das despesas com a assistência médica de grande especialização no estrangeiro, nos termos do Decreto-Lei n.º 177/92, de 13 de agosto;

2.2.9 — Autorizar a despesa e o pagamento de despesas com meios complementares de diagnóstico e terapêutica, realizados em estabelecimentos de saúde não integrados no Centro Hospitalar, por indisponibilidade ou incapacidade interna;

2.2.10 — Dar balanço mensal à Tesouraria;

2.2.11 — Conceder adiantamentos a empreiteiros e fornecedores de bens e serviços nos termos do Código dos Contratos Públicos;

2.2.12 — Autorizar a constituição de fundos permanentes das dotações do orçamento;

2.2.13 — Assinar a correspondência ou expediente respeitante a matérias da área financeira.

3 — No Vogal Executivo do Conselho de Administração, Dr. Eduardo Manuel Rodrigues, a coordenação da Comissão de Normalização de Produtos e Equipamentos, do Serviço de Aprovisionamento, do Serviço de Instalações e Equipamentos, do Serviço de Informática e do Gabinete de Gestão da Qualidade, atribuindo-lhe competência para:

3.1 — Atos de gestão corrente no âmbito das áreas de coordenação direta:

3.1.1 — Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários dos profissionais;

3.1.2 — Justificar e injustificar faltas, nos termos da lei;

3.1.3 — Autorizar a participação dos profissionais em sessões de cariz formativo e em estágios realizados no território nacional, desde que não determinem encargos para a instituição;

3.1.4 — Autorizar a participação dos profissionais em júris de concursos noutras instituições;

3.1.5 — Ordenar a instauração de processos de inquérito, sindicâncias e processos disciplinares;

3.1.6 — Autorizar o gozo e a acumulação de férias e aprovar os respetivos planos anuais e subsequentes alterações dos profissionais;

3.1.7 — Validar a realização de trabalho extraordinário e suplementar realizado pelos profissionais;

3.1.8 — Propor ao Conselho de Administração profissionais para exercício de cargos de direção e chefia;

3.1.9 — Assinar correspondência e expediente.

3.2 — Atos de gestão no âmbito do Serviço de Aprovisionamento

3.2.1 — Autorizar despesas de conservação, reparação e beneficiação das instalações, bem como aquisição de bens e serviços até ao montante de € 200.000, abrangendo a autorização de abertura de procedimentos, a escolha do procedimento a adotar e a prática dos demais atos necessários para a formação dos contratos, concretamente a decisão de qualificação dos concorrentes e a decisão de adjudicação;

3.2.2 — Designar os júris e delegar a competência para proceder à audiência prévia mesmo nos procedimentos de valor superior ao ora delegado;

3.2.3 — Praticar os atos consequentes ao ato de autorização da escolha e do início do procedimento até ao montante delegado;

3.2.4 — Aprovar as minutas de contratos relativos à aquisição de bens e serviços e representar o Centro Hospitalar na outorga desses contratos;

3.2.5 — Autorizar as despesas com seguros;

3.2.6 — Assinar a correspondência ou expediente respeitante a matérias de aprovisionamento e logística e autorizar publicações na imprensa diária e no *Diário da República*.

3.3 — Atos de gestão no âmbito do Serviço de Instalações e Equipamentos

3.3.1 — Autorizar o abate de bens após parecer da comissão de inutilização;

4 — No Diretor Clínico e Vogal Executivo do Conselho de Administração, Dr. Luis Filipe Pereira dos Santos Pinheiro, 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, Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar (GCL-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, Direção Internato Médico, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Equipa de Gestão de Altas, Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, Equipa de Trauma, Equipa da Unidade Coordenadora Funcional da Saúde Materna e Neonatal, Equipa da Unidade Coordenadora Funcional da Saúde da Criança e do Adolescente, 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, do Serviço de Nutrição e Dietética e do Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica, atribuindo-lhe competência para:

4.1 — Atos de gestão corrente no âmbito das áreas de coordenação direta:

4.1.1 — Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários dos profissionais;

4.1.2 — Justificar e injustificar faltas, nos termos da lei;

4.1.3 — Autorizar a participação dos profissionais em sessões de cariz formativo e em estágios realizados no território nacional, desde que não determinem encargos para a instituição;

4.1.4 — Autorizar a participação dos profissionais em júris de concursos noutras instituições;

4.1.5 — Ordenar a instauração de processos de inquérito, sindicâncias e processos disciplinares;

4.1.6 — Autorizar o gozo e a acumulação de férias e aprovar os respetivos planos anuais e subsequentes alterações dos profissionais;

4.1.7 — Validar a realização de trabalho extraordinário e suplementar realizado pelos profissionais;

4.1.8 — Propor ao Conselho de Administração profissionais para exercício de cargos de direção e chefia;

4.1.9 — Autorizar o acesso a dados clínicos por parte do titular dos dados ou de terceiros, nos termos da lei;

4.1.10 — Assinar correspondência e expediente.

5 — No Enfermeiro Diretor e Vogal Executivo do Conselho de Administração, Dr. António Manuel Silva Viegas, para além das competências próprias que compreendem a direção técnica da atividade de enfermagem, gestão dos enfermeiros e assistentes operacionais em funções nos serviços assistenciais, a coordenação da Comissão de Enfermagem, do Serviço Hoteleiro e do Serviço de Esterilização, atribuindo-lhe competência para:

5.1 — Atos de gestão corrente no âmbito das áreas de coordenação direta:

5.1.1 — Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários dos profissionais;

5.1.2 — Justificar e injustificar faltas, nos termos da lei;

5.1.3 — Autorizar a participação dos profissionais em sessões de cariz formativo e em estágios realizados no território nacional, desde que não determinem encargos para a instituição;

5.1.4 — Autorizar a participação dos profissionais em júris de concursos noutras instituições;

5.1.5 — Ordenar a instauração de processos de inquérito, sindicâncias e processos disciplinares;

5.1.6 — Autorizar o gozo e a acumulação de férias e aprovar os respetivos planos anuais e subsequentes alterações dos profissionais;

5.1.7 — Validar a realização de trabalho extraordinário e suplementar realizado pelos profissionais;

5.1.8 — Propor ao Conselho de Administração profissionais para exercício de cargos de direção e chefia;

5.1.9 — Assinar correspondência e expediente.

O Presidente do Conselho de Administração nas suas faltas e impedimentos será substituído pela Vogal Executiva, Dra. Sónia Maria Alves Bastos e, no seu impedimento, pelo Dr. Eduardo Manuel Rodrigues.

Nos termos do disposto no artigo 46.º do Código do Procedimento Administrativo, os membros do Conselho de Administração estão autorizados a subdelegar as competências acima delegadas na pessoa do dirigente ou de chefia que deles diretamente dependa.

A presente deliberação produz efeitos desde 3 de novembro de 2016, ficando por este meio ratificados, nos termos e para os efeitos previstos no n.º 2 do artigo 49.º e do artigo 164.º do Código do Procedimento Administrativo, todos os atos entretanto praticados pelos membros do Conselho de Administração, no âmbito das competências ora delegadas.

27 de dezembro de 2016. — O Presidente do Conselho de Administração, *Pedro Lopes*.

210128453

## CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, E. P. E.

## Declaração de Retificação n.º 38/2017

## Ciclo de Estudos Especiais de Neurofisiologia Clínica

Por ter sido publicado com inexactidão o aviso n.º 11831/2016, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 186, de 27 de setembro de 2016, retifica-se que onde se lê:

«[...] 2 vagas deste ciclo de estudos no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra E. P. E. [...]»

deve ler-se:

«[...] 3 vagas deste ciclo de estudos no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra E. P. E. [...]»

22 de dezembro de 2016. — O Diretor do Serviço de Gestão de Recursos Humanos, *Carlos Gante*.

## CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E. P. E.

## Deliberação (extrato) n.º 42/2017

Por deliberação do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., em 22.12.2016;

Maria Luísa Duarte Almeida Araújo Pacheco Nunes, Assistente Operacional, autorizada a cessação da licença sem remuneração, nos termos do artigo 281.º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, tendo retomado funções a 28 de dezembro de 2016. (Isento de fiscalização do Tribunal de Contas)

28 de dezembro de 2016. — A Vogal Executiva do Conselho de Administração, *Dr.ª Maria Celeste Silva*.

210132762

## CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, E. P. E.

## Deliberação (extrato) n.º 43/2017

Por deliberação do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, de 22 Dezembro de 2016:

Paulo Jorge Ramos Carrola — Autorizada a celebração de contrato trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, após procedimento concursal nacional de habilitação ao grau consultor, na categoria de Assistente Graduada de Medicina Interna da carreira médica hospitalar, com a remuneração correspondente à 1.ª posição remuneratória da tabela única e com o regime de trabalho de 42 horas em dedicação exclusiva, com efeitos a 01-09-2015.

28 de dezembro de 2016. — O Presidente do Conselho de Administração, *Dr. João Porfírio Carvalho Oliveira*.

210131174

## PARTE H

## MUNICÍPIO DE CABECEIRAS DE BASTO

## Regulamento n.º 40/2017

Francisco Luís Teixeira Alves, Presidente da Câmara Municipal de Cabeceiras de Basto, torna público, que a Assembleia Municipal na sua sessão de 30 de novembro de 2016 e sob proposta da Câmara Municipal aprovada na sua reunião de 14 de outubro de 2016, deliberou aprovar o Regulamento de Concessão de Regalias Sociais aos Bombeiros Voluntários Cabeceirenses, que se publica em anexo.

O referido Regulamento entra em vigor, no dia a seguir, à sua publicação, no *Diário da República*.

Para constar se publica o presente edital e outros de igual teor, que vão ser afixados nos lugares públicos do costume.

6 de dezembro de 2016. — O Presidente da Câmara Municipal, *Francisco Luís Teixeira Alves*.

## Regulamento de Concessão de Regalias Sociais aos bombeiros voluntários cabeceirenses

## Preâmbulo

A Câmara Municipal de Cabeceiras de Basto pretende formular e concretizar uma política social municipal de reconhecimento aos Bom-

4 — Para além dos prazos estabelecidos nos números anteriores, e sob requerimento devidamente fundamentado do interessado, poderá o Presidente do ISEP autorizar alterações de inscrição se considerar adequada a fundamentação.

#### Artigo 13.º

##### (Anulação da matrícula/inscrição)

1 — No caso de anulação da matrícula e ou inscrição, qualquer que seja o motivo que a determine, mantém-se a obrigatoriedade do pagamento da propina de acordo com o estabelecido no Regulamento Geral de Matrículas e Inscrições do IPP:

a) 25 % da propina anual se formalmente instruída nos 15 dias consecutivos contados para além da data prevista no calendário escolar para o início das atividades letivas, ou da data de inscrição se realizada posteriormente à data de início das atividades letivas;

b) 50 % da propina anual se formalmente instruída após o prazo fixado na alínea anterior e até 8 de janeiro do ano civil em curso;

c) O valor fixado para o regime do tempo parcial se formalmente instruída após os prazos previstos na alínea anterior e até 15 dias consecutivos contados para além da data prevista no calendário escolar, para o início das atividades letivas do 2.º semestre/trimestre do ano letivo;

d) 100 % da propina anual se formalmente instruída após o prazo fixado na alínea anterior;

2 — Excetua-se do disposto no número anterior os casos de recolocação no âmbito do concurso nacional de acesso ao ensino superior.

3 — Os estudantes que pretendam solicitar a anulação da matrícula e ou inscrição, deverão apresentar através do menu <requerimentos> disponível em [www.ipp.pt](http://www.ipp.pt), um pedido fundamentado, acompanhado do comprovativo de pagamento da propina devida, conforme estabelecido no n.º 1 do presente artigo.

4 — Serão liminarmente indeferidos os pedidos de anulação que não cumpram o pagamento da propina devida, conforme estabelecido no n.º 1 do presente artigo.

#### Artigo 14.º

##### (Inscrições em unidades curriculares optativas)

1 — Quando, no plano de estudos do curso, existirem unidades curriculares optativas, o estudante deverá identificar a(s) unidade(s) curricular(es) optativas em que se inscreve.

2 — No caso de, terminado o período de inscrições, se verificar que o número de estudantes inscritos não perfaz o número mínimo legalmente fixado para o funcionamento da unidade curricular optativa, a Divisão Académica do ISEP, notificará o estudante para alterar a sua inscrição, de acordo com o previsto no Artigo 12.º

3 — Caso possível, a alteração automática da inscrição é da responsabilidade da Divisão Académica do ISEP.

#### Artigo 15.º

##### (Creditação/certificação de competências)

O pedido de creditação/certificação de competências deve ser efetuado e instruído nos termos fixados no respetivo Regulamento.

#### Artigo 16.º

##### (Condições para inscrição em exames)

As condições para inscrição em exames são as constantes nos termos fixados no Regulamento de Exames.

#### Artigo 17.º

##### (Casos omissos e dúvidas)

Os casos omissos e as dúvidas suscitadas na aplicação do presente regulamento são resolvidos por despacho do Presidente do ISEP.

#### Artigo 18.º

##### (Disposições finais)

O presente regulamento entra em vigor no ano letivo 2013/2014.

207264253

## PARTE F

### REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

#### Secretaria Regional da Cultura, Turismo e Transportes

##### Aviso n.º 16/2013/M

Por meio do presente aviso e, nos termos e para os efeitos do artigo 10.º, n.º 2 do Decreto Legislativo Regional n.º 25-A/2013, de 26 de julho, anuncia-se que, no dia 6 de setembro de 2013, foi outorgado o contrato administrativo referido no n.º 2 do referido Decreto Legislativo Regional.

17 de setembro de 2013. — A Secretária Regional da Cultura, Turismo e Transportes, *Conceição Almeida Estudante*.

207259612

## PARTE G

### CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, E. P. E.

#### Despacho n.º 12441/2013

Nos termos dos artigos 35.º a 40.º do Código do Procedimento Administrativo, do n.º 3 do artigo 7.º, e alínea e) do n.º 1 do artigo 8.º, ambos dos Estatutos aprovados pelo Decreto-Lei n.º 233/2005 de 26 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 244/2012 de 9 de novembro, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Barreiro Montijo,

E. P. E., delega nos seus membros, com a possibilidade de subdelegar, os poderes e competências que seguidamente se indicam.

1 — No presidente do conselho de administração, Dr. João Manuel Alves da Silveira Ribeiro, além da supervisão das áreas de estratégia, qualidade, segurança e comunicação, a coordenação de instalações e equipamentos, informática, apoio à gestão e serviços financeiros.

2 — No vogal executivo, Dr. Mário de Figueiredo Bernardino, a coordenação de aprovisionamento, farmácia, gestão de doentes, arquivo, gabinete jurídico, codificação e transportes.



3 — Na vogal executiva, Dr.ª Elsa Maria Baião Ferreira Airoso Banza, a coordenação de recursos humanos, hoteleiros, ação social e formação.

4 — Nestes três membros, além do acompanhamento da gestão da produção nos serviços de ação médica e de diagnóstico e terapêutica, delegam-se as seguintes competências:

4.1 — No âmbito da gestão de recursos humanos:

4.1.1 — Afetar o pessoal às diversas unidades funcionais e serviços em função dos objetivos e prioridades fixados;

4.1.2 — Adotar e autorizar os horários de trabalho que se mostrem mais adequados ao funcionamento dos serviços, dentro dos condicionamentos legais;

4.1.3 — Autorizar o gozo e acumulação de férias, bem como aprovar o respetivo plano anual;

4.1.4 — Justificar e injustificar faltas, desde que observadas as disposições legais em vigor;

4.1.5 — Autorizar a concessão do estatuto de trabalhador-estudante, nos termos das normas legais em vigor;

4.1.6 — No âmbito do regime jurídico da proteção da maternidade e paternidade, autorizar as regalias e praticar todos os atos que a lei comete à entidade patronal;

4.1.7 — Autorizar os processos relativos à licença especial para assistência a filhos menores;

4.1.8 — Autorizar os processos relacionados com dispensa para amamentação e tratamento ambulatorio, bem como as dispensas para as consultas médicas ou os exames complementares de diagnóstico;

4.1.9 — Mandar verificar o estado de doença comprovada por certificado médico, bem como mandar submeter os trabalhadores a junta médica, nos termos da legislação em vigor;

4.1.10 — Autorizar o pagamento de prestações familiares e de subsídio por morte;

4.1.11 — Autorizar a atribuição dos abonos e regalias a que os trabalhadores tenham direito, nos termos da lei;

4.1.12 — Autorizar a utilização de veículo próprio em serviço oficial, desde que devidamente fundamentada, nos termos dos artigos 20.º e 23.º do Decreto-Lei n.º 106/98, de 24 de abril;

4.1.13 — Praticar todos os atos relativos à aposentação dos trabalhadores e em geral, todos os atos respeitantes ao regime de segurança social dos trabalhadores em funções públicas, incluindo os referentes a acidentes de trabalho, procedendo à respetiva qualificação e autorizando o processamento das respetivas despesas até aos limites legalmente fixados;

4.1.14 — Autorizar, nos termos da lei, a denúncia e a cessação dos contratos de trabalho em funções públicas celebrados a termo resolutivo;

4.1.15 — Proceder à outorga de contratos de trabalho em funções públicas;

4.1.16 — Sem prejuízo da competência própria para a instauração de processos disciplinares, no âmbito do Estatuto Disciplinar, a competência para a instauração de processo de inquérito e nomeação dos respetivos instrutores, previsto nos artigos 66.º e 68.º do Estatuto Disciplinar.

4.1.17 — Autorizar a celebração de estágios curriculares com instituições de educação e praticar os atos subsequentes;

4.1.18 — Outorgar protocolos visando a realização de estágios profissionais e acordos de atividade ocupacional;

4.1.19 — Autorizar a condução de viaturas oficiais aos trabalhadores, sendo esta autorização conferida caso a caso, mediante adequada fundamentação de acordo com o regime previsto no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 490/99, de 17 de novembro;

4.2 — No âmbito da gestão financeira e patrimonial:

4.2.1 — Autorizar despesas em conformidade com o previsto nos artigos 16.º a 22.º do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de julho, e até ao limite de € 200.000 para aquisição de bens móveis e aquisição de serviços, e para a formação de contratos de empreitada de obras públicas;

4.2.2 — Autorizar a reposição em prestações prevista no artigo 38.º do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de julho;

4.2.3 — Autorizar a constituição de fundos de mancio até ao limite de € 250 e garantir que o fundo fixo de caixa não excede € 500;

4.2.4 — Movimentar as contas bancárias, quer a crédito quer a débito, através de cheques e outras ordens de pagamento, transferências de fundos e de outros meios bancários necessários à gestão, com a obrigatoriedade de duas assinaturas, em execução das decisões proferidas nos processos;

4.2.5 — Autorizar o reembolso e o processamento aos utentes de despesas com assistência médica e medicamentosa no recurso à medicina privada, em regime ambulatorio, até ao limite de € 2.000 por reembolso nos termos da legislação e das normas regulamentares em vigor;

4.2.6 — Autorizar a atribuição e pagamento do subsídio de lavagem de viaturas, nos termos legais em vigor;

4.2.7 — Autorizar a requisição de passes ou assinaturas de transportes públicos, quando daí resulte economia manifesta em relação ao regime

de passagens simples, nos termos do n.º 2 do artigo 28.º do Decreto-Lei n.º 106/98 de 24 de abril;

4.2.8 — Autorizar deslocações em serviço em território nacional nos termos da lei, qualquer que seja o meio de transporte, com exceção do avião, bem como o processamento dos correspondentes abonos ou despesas com a aquisição de bilhetes ou títulos de transportes e de ajudas de custo, antecipadas ou não, de acordo com os termos do Decreto-Lei n.º 106/98 de 24 de abril;

4.2.9 — Autorizar a alienação ou o abate de bens móveis nos termos do Decreto-Lei n.º 307/94, de 21 de dezembro.

5 — Na vogal executiva, Dra. Elisabete Maria Farias Gonçalves Rodrigues, Diretora Clínica, a coordenação das áreas da governação clínica nos serviços, departamentos e unidades de ação médica e de diagnóstico e terapêutica, comissão de qualidade e segurança do doente, comissão de controlo de infeção, comissão de farmácia e terapêutica, comissão de coordenação oncológica, comissão técnica de certificação de IG, nutrição e dietética, saúde ocupacional, equipa de gestão de altas e comissão de ética:

5.1 — Dar parecer para a admissão e mobilidade externa de pessoal médico;

5.2 — Aprovar os horários do pessoal médico;

5.3 — Autorizar a inscrição e participação em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios e cursos de formação;

5.4 — Justificar e injustificar faltas, desde que observadas as disposições legais em vigor;

5.5 — Autorizar a afetação e movimentação de pessoal médico;

5.6 — Organizar os processos de prestação de cuidados no exterior, nomeadamente internamentos, consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica;

5.7 — Preparar e instruir os processos para o recurso à prestação de cuidados no estrangeiro, a submeter a autorização do Diretor-Geral da Saúde, nos termos do Decreto-Lei n.º 177/92, de 13 de Agosto;

5.8 — Submeter a aprovação do Conselho de Administração a introdução de novos medicamentos, após parecer da comissão de farmácia e terapêutica, em obediência a princípios de normalização e de eficiência económica;

5.9 — Autorizar médicos pertencentes ao mapa de pessoal a integrar júris de concursos noutras instituições;

5.10 — Autorizar, relativamente ao pessoal médico, os pedidos de dispensa para formação profissional, dentro dos limites legais;

5.11 — Autorizar a disponibilização de dados clínicos à entidade competente que os solicitar no âmbito de processo judicial e de informações clínicas relativas à assistência prestada;

5.12 — Autorizar o gozo e acumulação de férias, bem como aprovar o respetivo plano anual, ao pessoal da carreira médica;

5.13 — Decidir sobre queixas e reclamações apresentadas pelos utentes ou seus familiares.

6 — Na vogal executiva, Enf.ª Luísa Maria Alves da Luz, Enfermeira Diretora, a coordenação da gestão dos enfermeiros e assistentes operacionais no que respeita aos serviços, departamentos e unidades de ação médica e de diagnóstico e terapêutica, das áreas dos serviços gerais, esterilização, gestão de espólios e comissão técnica de avaliação dos enfermeiros:

6.1 — Dar parecer para a admissão e mobilidade externa de pessoal de enfermagem e assistentes operacionais;

6.2 — Proceder à afetação e movimentação do pessoal no âmbito interno;

6.3 — Propor a nomeação dos enfermeiros-chefes, ou responsáveis dos serviços;

6.4 — Aprovar os horários do pessoal de enfermagem;

6.5 — Autorizar a inscrição e participação em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios e cursos de formação;

6.6 — Justificar e injustificar faltas, desde que observadas as disposições legais em vigor;

6.7 — Homologar as avaliações de desempenho do pessoal de enfermagem;

6.8 — Autorizar o gozo e acumulação de férias bem como aprovar o respetivo plano anual no que diz respeito ao pessoal da carreira de enfermagem.

6.9 — Decidir sobre queixas e reclamações apresentadas pelos utentes ou seus familiares.

7 — A presente deliberação produz efeitos desde 6 de setembro de 2013, ficando por este meio ratificados todos os atos que, no âmbito dos poderes delegados, tenham sido praticados.

19 de setembro de 2013. — O Presidente do Conselho de Administração, *João Silveira Ribeiro*.

## CONTRATO DE GESTÃO

Entre

O **Estado Português**, representado pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto do Tesouro e Finanças e pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde, doravante designados por PRIMEIRO OUTORGANTE.

E

**Pedro Nuno Miguel Batista Lopes**, contribuinte fiscal número 196756030, com domicílio na Rua Infante D Pedro, n.º 4 em Aroeira, 2810-066 Charneca da Caparica, na qualidade de **Gestor**, doravante designado por SEGUNDO OUTORGANTE.

É celebrado o presente Contrato de Gestão nos termos do disposto no artigo 6.º do Anexo II ao Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de Dezembro, na redação resultante do Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro, e nos artigos 18.º e 30.º do Estatuto do Gestor Público, doravante designado por EGP, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 8/2012 de 18 de janeiro, objeto da Declaração de Retificação n.º 2/2012 de 25 de janeiro, que se rege pelas cláusulas seguintes:

### Cláusula 1ª

#### (Objeto)

O presente contrato tem por objeto a definição dos termos e condições do exercício das funções do Gestor enquanto **Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE** adiante designado de CHBM, EPE para o mandato de 2016-2018 para o qual foi nomeado por Resolução n.º 33/2016, de 20 de outubro, do Conselho de Ministros, publicada em Diário da República, 2ª série, n.º 211, de 3 de novembro de 2016.

### Cláusula 2ª

#### (Obrigações da Gestão)

1 – Sem prejuízo dos deveres resultantes das normas legais aplicáveis, o Segundo Outorgante obriga-se a exercer as funções e cumprir as obrigações inerentes à qualidade de membro do Conselho de Administração do CHBM, EPE.

2 – O Segundo Outorgante expressamente aceita os objetivos constantes do **Anexo I** ao presente contrato, para o período de 2016/2016

3 - O Segundo Outorgante obriga-se a desempenhar as suas funções referidas nos números anteriores com zelo e diligência e no cumprimento pleno e estrito das disposições legais aplicáveis, nomeadamente as constantes do Código das Sociedades Comerciais, dos Estatutos das orientações fixadas nos termos dos artigos 24.º e 39.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 75-A/2014, de 30 de setembro, bem como de todas as orientações emanadas pelo Primeiro Outorgante.

#### **Cláusula 3ª**

##### **(Remuneração)**

Em contrapartida do cumprimento do mandato a que se refere o presente contrato e do desempenho das funções neste previstas, é devida ao Gestor a retribuição definida no Anexo II ao presente contrato.

#### **Cláusula 4ª**

##### **(Exclusividade)**

Durante a vigência do presente contrato, o Gestor obriga-se a não exercer outras funções, de qualquer natureza, por conta própria ou alheia, por si ou por interposta pessoa, com exceção das que, nos termos da Lei, sejam permitidas.

#### **Cláusula 5ª**

##### **(Vigência)**

O presente contrato produz efeitos desde 3 de novembro de 2016 e termina, sem necessidade de aviso prévio, na data em que o órgão competente deliberar sobre os documentos de prestação de contas, relativos ao exercício de 2016 ou na data que a lei estabelecer como limite para tal, caso não haja deliberação, ou no caso de renúncia, na data em que esta produza efeitos.

#### **Cláusula 6ª**

##### **(Cessação)**

O presente contrato cessa, automática e imediatamente, com a extinção, por qualquer causa, do mandato que é conferido ao gestor, nos termos do disposto no EGP.

**Cláusula 7ª**

**(Demissão)**

O Gestor poderá ser demitido quando a avaliação de desempenho seja negativa, nos termos do disposto no artigo 25.º do EGP designadamente por incumprimento devido a motivos individualmente imputáveis dos objetivos referidos nas orientações fixadas nos termos dos artigos 24.º e 39.º de Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua atual redação, ou no presente contrato de gestão.

**Cláusula 8ª**

**(Alteração)**

Qualquer alteração ao presente contrato só é válida e eficaz, mesmo entre as partes, se constar de documento escrito assinado por todas elas.

**Cláusula 9ª**

**(Direito Subsidiário)**

Em tudo o que não se mostre expressamente regulado no presente contrato, aplicam-se as regras do EGP.

O presente contrato tem 3 páginas, e os respetivos Anexos que dele fazem parte integrante, e é assinado e rubricado em todas as folhas, sendo emitido em três exemplares, ficando um em poder do Segundo Outorgante e os outros dois para cada um dos representantes do Primeiro Outorgante.

Lisboa, 27 de Dezembro de 2016

O Primeiro Outorgante		O Segundo Outorgante
O Secretário de Estado Adjunto do Tesouro e Finanças	O Secretário de Estado da Saúde	O Presidente do Conselho de Administração do (CHBM, EPE)
(Ricardo Mourinho Fêls)	(Manuel Delgado)	(Pedro Nuno Miguel Batista Lopes)

## ANEXO I

### ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS E ESPECÍFICAS PARA O CHBM, EPE

TRIÊNIO 2016-2018

#### I INTRODUÇÃO

Nos termos do regime jurídico do sector empresarial do Estado (SEE) aprovado através do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 75-A/2014, de 30 de Setembro, e do Estatuto do Gestor Público (EGP) aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 16 de janeiro, objeto da Declaração de Retificação n.º 2/2012, de 25 de janeiro, o Estado enquanto acionista do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, define no presente documento as orientações estratégicas e específicas dirigidas ao Conselho de Administração do Hospital para o triénio 2016-2018 que constituem as coordenadas essenciais da ação dos gestores que integram esse órgão, bem como o compromisso com a excelência de gestão que aqueles gestores assumem para com os acionistas.

#### II ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS

Constituem orientações estratégicas de gestão as que se encontram legalmente definidas nos termos do Decreto-Lei 133/2013, de 3 de outubro, na sua atual redação. Deverão ser observadas, designadamente, as orientações destinadas à globalidade do sector empresarial do Estado, bem como as melhores práticas de gestão, segundo os princípios de bom governo das empresas públicas.

Estas orientações estratégicas devem ser entendidas e executadas em função das orientações específicas definidas no capítulo seguinte nos termos do disposto nos artigos 24.º e 39.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua atual redação, e do EGP, tendo em especial consideração o quadro de forte restrição orçamental, decorrente da atual conjuntura económica e financeira, que exige determinação na contenção dos gastos públicos e impõe um acrescido rigor e responsabilidade na gestão do bem público.

O triénio será particularmente exigente na procura da sustentabilidade económico-financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Com os recursos disponíveis, o SNS terá de, sem perda de qualidade, salvaguardando os atuais níveis de acesso e eficácia, continuar a responder às necessidades de saúde dos cidadãos ao nível da prestação de cuidados. Reforçando a necessidade de dar continuidade a estas exigências, impõe-se a tomada de medidas sobre a despesa, nomeadamente através do controlo exigente dos custos operacionais de cada instituição.

## 1. Princípios gerais de gestão criteriosa e de sustentabilidade económico-financeira

Os gestores obrigam-se a adotar princípios de gestão criteriosa e de sustentabilidade económico-financeira, nomeadamente:

- a) Cumprir a missão e objetivos, de forma eficiente, na vertente económica, financeira, social e ambiental, pautando-se por parâmetros exigentes de qualidade, pelos princípios de responsabilidade social, do desenvolvimento sustentável, de serviço público e de satisfação das necessidades da população da sua área de influência;
- b) Cumprir a carteira de serviços aprovada no plano estratégico do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE pela Tutela;
- c) Estabelecer metas de aumento da eficiência, pautando-se por uma filosofia de gestão empresarial a todos os níveis de gestão;
- d) Disponibilizar, nos prazos e termos fixados na lei, a informação pertinente;
- e) Utilizar as tecnologias de informação que forem mais adequadas para a prestação tempestiva de informação, garantindo a transparência de processos e o cumprimento dos normativos contabilísticos;
- f) Promover e premiar as boas práticas na utilização de recursos.

## 2. Princípios gerais de governação clínica

Os gestores obrigam-se a aliar, em estreita parceria com os serviços clínicos que dirigem, os seguintes objetivos gerais na área da governação clínica:

- a) Centrar a prestação de cuidados de saúde no doente, de forma transparente e responsável, procurando a partilha da decisão clínica entre prestador-doente;
- b) Prestar cuidados de saúde baseados na evidência através de protocolos e recomendações clínicas orientadas para a maximização da qualidade e satisfação individual do doente;
- c) Garantir que a prestação de cuidados considere aspetos de eficácia, eficiência e segurança, refletindo a maximização de recursos e obtenção de ganhos em saúde;
- d) Implementar atividades de auditoria clínica através da sistemática revisão dos cuidados prestados e da implementação das mudanças necessárias, ao aperfeiçoamento da prestação de cuidados de saúde;
- e) Desenvolver atividades de avaliação e gestão de risco, de forma a diminuir a probabilidade de resultados adversos ou desfavoráveis para os doentes, profissionais de saúde e organização;
- f) Apoiar os profissionais de saúde na prestação de cuidados de qualidade;
- g) Promover o ensino pré e pós graduado e atividades de formação dos profissionais de saúde, designadamente de domínio da gestão clínica, tendo em consideração as necessidades de saúde da comunidade.

- h) Desenvolver atividades de investigação científica aplicada à clínica e implementar os seus resultados;
- i) Assegurar a devida transmissão de informação clínica entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, de modo a favorecer a continuidade e a qualidade de cuidados.

### III ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS

As orientações específicas para o Conselho de Administração são as seguintes:

- a) Implementar as orientações estratégicas definidas pelo Ministério da Saúde em cada momento;
- b) Implementar os normativos contidos no Contrato-Programa assinado entre a Administração Regional de Saúde e o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE e atingir os objetivos de qualidade e sustentabilidade económico-financeira nele definidos.
- c) Elaborar, atualizar anualmente e implementar o Plano Estratégico do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE;
- d) Implementar os mecanismos necessários à correta e integral monitorização das obrigações definidas no presente contrato e no contrato programa e instituir os procedimentos necessários ao processo de autoavaliação e de reporte de informação à tutela, nos prazos definidos em cada ano através de Circular de ACSS, incluindo o Relatório de Gestão e Contas, do qual deverá fazer parte integrante uma análise de sustentabilidade nos domínios económico, social e ambiental, onde a empresa dará conta da sua estratégia, metas alcançadas e planos de ação para o futuro.

### IV. OBJETIVOS DE GESTÃO PARA O TRIÉNIO 2016-2018

Os objetivos de gestão consistem em atingir as metas nacionais que constam do Apêndice II do Anexo do Contrato-Programa assinado entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP e o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE.

O Indicador Global de Desempenho (IG) é o resultado do somatório dos indicadores nacionais parciais que constam do Apêndice acima referido, expressos em percentagem, calculados da seguinte forma: valor efetivo apurado em cada indicador, dividido pelo valor estabelecido como meta para o indicador e multiplicado pelo ponderador respetivo. Os ponderadores dos indicadores nacionais são proporcionalmente reponderados para 100%. Os indicadores parciais têm uma metodologia de cálculo diferente da acima referida nas situações seguintes:

- a) Quando o objetivo estabelecido prevê uma redução, o valor efetivo apurado para o indicador é subtraído ao valor estabelecido como meta e o resultado é dividido por essa mesma meta, sendo somada uma unidade ao resultado.
- b) Quando é estabelecido como objetivo um EBITDA não, se o valor efetivo apurado for positivo o objetivo foi alcançado e o valor do indicador é 100%, caso contrário é zero.

c) Quando é estabelecido como objetivo um acréscimo da dívida nula, se o valor efetivo apurado for negativo ou nulo, o objetivo foi alcançado e o valor do indicador é 100%; caso contrário é zero.

O valor efetivo dos indicadores acima referidos é o que for apurado nos relatórios de gestão e contas anuais, aprovados pelo Conselho de Administração do CHBM, EPE e certificados pelo fiscal único.

O indicador Global de Desempenho a considerar é o último disponível avaliado no âmbito do Contrato-Programa acima referido, desde que os resultados tenham sido alcançados após a assinatura do presente Contrato de Gestão.

Para efeitos da aplicação da cláusula 7ª, a avaliação de desempenho é considerada negativa sempre que o Indicador de Global Desempenho for inferior a 75%.



## ANEXO II

### REMUNERAÇÃO DO GESTOR

#### 1. Remuneração Fixa

De acordo com o Estatuto do Gestor Público (EGP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, retificado pela Declaração de Retificação n.º 2/2012, de 25 de janeiro, e tendo em conta a Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro, com as adaptações da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro, e a Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março, alterada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 97/2012, de 21 de novembro, que atribui ao Centro Hospitalar Barroiro Montijo, EPE a classificação (B) e tendo em conta a percentagem efetiva do valor padrão aplicável, a remuneração será determinada em função daquele enquadramento legal, da complexidade, exigência e responsabilidade inerentes às funções e das orientações decorrentes da aplicação dos artigos 24.º e 30.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua atual redação.

O Gestor **Pedro Nuno Miguel Batista Lopes**, nos termos da cláusula 3ª do presente Contrato e por aplicação das regras remuneratórias associadas à classificação (B) atribuída ao CHBM, EPE e tendo em conta a percentagem efetiva do valor padrão aplicável, auferirá o Vencimento Mensal líquido de € 4.292,06 pago 14 (catorze) vezes por ano, e o Abono mensal para Despesas de Representação de € 1.716,83 pago 12 (doze) vezes por ano, valores aos quais se aplicam as reduções remuneratórias fixadas por lei, sempre que aplicáveis.

A atribuição de prémios de desempenho encontra-se dependente do que estiver fixado por lei, sendo ainda certo que as remunerações a auferir efetivamente pelos membros do Conselho de Administração não podem exceder os montantes existentes à data de 01-03-2012, nos termos do nº 21 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 9 de fevereiro.

Por imperativo da aplicação dos normativos referidos neste número, o Gestor auferirá o Vencimento Mensal líquido de € 4.204,18 e o Abono mensal para Despesas de Representação de € 1.471,46 desde 3 de Novembro de 2016.

#### 2. Remuneração Variável

##### 2.1. Componente Plurianual (Va)

O grau de consecução dos objetivos anuais e posterior atribuição de incentivos variáveis a aplicar aos membros do Conselho de Administração do CHBM, EPE será o resultado da aplicação da percentagem correspondente ao intervalo da consecução dos objetivos fixados.

A remuneração variável a atribuir aos membros do Conselho de Administração do CHBM, EPE será em função do valor apurado para o indicador Global de Desempenho descrito no Anexo I do presente contrato e de acordo com a tabela seguinte:

Indicador Global de Desempenho (ID)	Componente variável (Va)
ID >= 115%	0,30 x Fa
107,5% < ID < 115%	0,25 x Fa
100,0% < ID <= 107,5%	0,20 x Fa
90,0% < ID <= 100%	0,15 x Fa
85,0% < ID <= 90%	0,05 x Fa
ID <= 85,0%	0

Fa – Remuneração fixa anual.

O pagamento da remuneração variável depende, em cada ano, do que estiver definido na lei para as entidades públicas estaduais.



**CHBM**

**Centro Hospitalar**  
Barreiro Montijo EPE

# **Regulamento de comunicação interna de irregularidades**

## Capítulo I - Enquadramento

De acordo com o disposto na alínea b) do n.º 2 do artigo 17.º do anexo II do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de Janeiro, compete ao Serviço de Auditoria Interna “receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital E.P.E. apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral.” Tendo ainda em consideração que nos termos do disposto no n.º 4 do artigo 17.º-A do referido diploma “Mediante proposta do serviço de auditoria interna, deve ser aprovado pelo conselho de administração do hospital E. P. E. um regulamento que defina as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades...”, é elaborado o presente regulamento de comunicação de irregularidades.

## Capítulo II - Âmbito

### Artigo 1.º

#### Objectivo

O Regulamento de Comunicação de Irregularidades estabelece os procedimentos internos para a recepção, registo e tratamento das comunicações de irregularidades recebidas pelo Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE.

### Artigo 2.º

#### 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.

### Artigo 3.º

#### Matérias excluídas

As comunicações apresentadas que excedam o âmbito descrito no número anterior não serão objecto de tratamento pelo Serviço de Auditoria Interna (SAI). No entanto, caso sejam recebidas, será

informado o remetente da comunicação do não tratamento da mesma e indicação de qual meio que deverá ser utilizado, de entre os meios em vigor no CHBM.

Artigo 4.º  
**Carácter Voluntário**

O presente regulamento tem subjacente um regime voluntário de comunicação de irregularidades.

**Capítulo III – Comunicação das Irregularidades**

Artigo 5.º  
**Forma de Comunicação**

- 1 - As comunicações são feitas na forma escrita, por carta ou correio electrónico.
- 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 electrónico) ou inscrita na parte exterior do envelope;
  - c) Identificação do autor da comunicação, não sendo objecto 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 excepcionalmente e mediante análise, serão aceites e tratadas informações anónimas.

Artigo 6.º  
**Canais de Comunicação**

- 1 - As comunicações de irregularidades podem ser remetidas através dos seguintes meios:

- a) Correio Electrónico:

[irregularidade@chbm.min-saude.pt](mailto:irregularidade@chbm.min-saude.pt)

- b) Correio Postal:

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.  
Serviço de Auditoria Interna  
Avenida Movimento das Forças Armadas

2834-003 Barreiro

- 2 - Estes meios de comunicação serão objecto de divulgação no sítio da intranet e da internet do CHBM,EPE.

**Artigo 7.º**  
**Confidencialidade**

- 1 - Todas as comunicações de irregularidades recepcionadas, abrangidas pelo presente Regulamento, serão tratadas como confidenciais, garantindo-se o anonimato do seu autor, salvo se este manifestar, expressamente e inequivocamente que não pretende usufruir de tal prerrogativa.
- 2 - A informação comunicada ao abrigo do presente Regulamento, será utilizada única e exclusivamente para as finalidades nele previsto.

**Artigo 8.º**  
**Garantia de não discriminação**

- 1 - O Centro Hospitalar Barreiro Montijo não poderá desenvolver acções retaliatórias para com os seus colaboradores que comuniquem, colaborem, prestem alguma informação ou assistência no âmbito das averiguações das comunicações de irregularidades.
- 2 - Não obstante o disposto no número anterior, as comunicações de irregularidades com manifesta falsidade ou má-fé, constituirá matéria passível de acção disciplinar, proporcional à infracção cometida.

**Capítulo IV – Tratamento das Irregularidades**

**Artigo 9.º**  
**Procedimentos**

Etapas do procedimento:

- a) Registo da comunicação de irregularidade;
- b) Análise preliminar;
- c) Elaboração de relatório da análise preliminar.

#### Artigo 10.º

#### **Registo da Comunicação de Irregularidade**

As comunicações recebidas pelo Serviço de Auditoria Interna serão objecto de registo e tratamento da seguinte forma:

- a) Atribuição de número identificativo da comunicação;
- b) Data de recepção;
- c) Modo de recepção (email ou carta);
- d) Breve descrição da natureza da comunicação;
- e) Medidas adoptadas face à comunicação;
- f) Estado actual do respectivo processo (pendente ou encerrado).

#### Artigo 11.º

#### **Análise preliminar**

- 1 - As comunicações de irregularidades, após registadas, serão alvo de uma análise preliminar por parte do SAI.
- 2 - Se necessário, podem ser envolvidos outros colaboradores do Centro Hospitalar na análise da comunicação, nomeadamente a Comissão de Acompanhamento da Prevenção da Corrupção.
- 3 - A análise preliminar, procura certificar-se do seguinte:
  - a) Comunicação enquadra-se no âmbito do presente regulamento;
  - b) Carácter irregular dos factos reportados;
  - c) A viabilidade de investigação com o nível de detalhe necessário;
  - d) Identificação das pessoas envolvidas ou que tenham conhecimento de factos relevantes para a irregularidade em causa.

#### Artigo 12.º

#### **Relatório da análise preliminar**

- 1 - Concluída a análise preliminar, será elaborado um relatório que engloba os pontos referidos no artigo anterior, uma semana após recepção da irregularidade.
- 2 - Através deste relatório será dada uma proposta de posterior averiguação dos factos ou de arquivamento da comunicação.

- 3 - O relatório pode conter medidas de reforço do Sistema de Controlo Interno, em função da identificação de fragilidades identificadas.
- 4 - O relatório é remetido ao Conselho de Administração para deliberação.

## **Capítulo V – Disposições Finais**

### **Artigo 13.º Relatório de Actividades**

No relatório anual sobre a actividade desenvolvida que o Serviço de Auditoria Interna prepara, será acrescentado um ponto relativo às comunicações de irregularidades recebidas e tratamento interno dado às mesmas, onde consta:

- a) O número de comunicações recebidas;
- b) Resumo do teor de cada comunicação de irregularidade recebida;
- c) O estado em que cada comunicação se encontra;
- d) As medidas tomadas no âmbito das comunicações de irregularidades recebidas.

### **Artigo 14.º Alterações ao regulamento**

- 1 - Sempre que se justifique, o presente regulamento poderá ser alvo de actualização.
- 2 - As alterações só entram em vigor após aprovação pelo Conselho de Administração.

### **Artigo 15.º Vigência**

O presente Regulamento entra em vigor imediatamente após a sua aprovação pelo Conselho de Administração.

*Visto e aprovado em Conselho de Administração  
de 19 de março de 2015*



ANEXO

[NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO]

Exmo. Senhor  
 Inspetor-Geral de Finanças  
 Rua Angelina Vidal, n.º 41  
 1199-005 LISBOA

Data:

**Assunto:** Deveres de informação decorrentes do disposto no nº 9 do art.º 22º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo DL nº 8/2012, de 18 de janeiro, e no nº 1 do art.º 52º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

Nome: Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes
NIF: 196756030
Morada: Rua Infante D. Pedro n.º 4 Aroeira
Código Postal: 2820-066 Charneca da Caparica
E-mail: pedro.lopes@chbm.min-saude.pt
Telefone: 962049891

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

Empresa/Entidade(*): Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Entidade Pública Empresarial
NIF: 509186998
Morada da Sede: Av.ª Movimento das Forças Armadas
Código Postal: 2834-003 BARREIRO
E-mail: admin@chbm.min-saude.pt
Telefone: 212049310
Fax: 212147132

Cargo para que foi nomeado/eleito: Presidente do Conselho de Administração
Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 03/11/2016
Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2018

(\*). Deve enviar à IGF uma declaração por cada nomeação/eleição.

Tendo sido nomeado/eleito para o cargo referido, na empresa/entidade acima indicada, declaro:

1. Em cumprimento do disposto no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.

2. De acordo com o nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade.
  
3. Nos termos do preceituado no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, que **não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and lines, positioned centrally on the page.

ANEXO

[NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO]

Exmo. Senhor  
Inspetor-Geral de Finanças  
Rua Angelina Vidal, n.º 41  
1199-005 LISBOA

Data:

**Assunto:** Deveres de informação decorrentes do disposto no nº 9 do art.º 22º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo DL nº 8/2012, de 18 de janeiro, e no nº 1 do art.º 52º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

Nome: Sónia Maria Alves Bastos
NIF: 204481651
Morada: Rua Futebol Clube de S. Francisco, n.º 110 1º frente
Código Postal: 2890-486 São Francisco, Alcochete
E-mail: sonia.bastos@chbm.min-saude.pt
Telefone: 969844432

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

Empresa/Entidade(*): Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Entidade Pública Empresarial
NIF: 509186998
Morada da Sede: Av.ª Movimento das Forças Armadas
Código Postal: 2834-003 BARREIRO
E-mail: admin@chbm.min-saude.pt
Telefone: 212049310
Fax: 212147132

Cargo para que foi nomeado/eleito: Vogal Executivo
Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 03/11/2016
Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2018

(\*) Deve enviar à IGF uma declaração por cada nomeação/eleição.

Tendo sido nomeado/eleito para o cargo referido, na empresa/entidade acima indicada, declaro:

1. Em cumprimento do disposto no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.

2. De acordo com o nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade.
  
3. Nos termos do preceituado no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, que **não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sina Zeh', with a long horizontal flourish extending to the right.

**ANEXO**

[NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO]

**Exmo. Senhor**  
**Inspetor-Geral de Finanças**  
**Rua Angelina Vidal, n.º 41**  
**1199-005 LISBOA**

Data:

**Assunto:** Deveres de informação decorrentes do disposto no nº 9 do art.º 22º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo DL nº 8/2012, de 18 de janeiro, e no nº 1 do art.º 52º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

**IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO**

Nome: Eduardo Manuel Rodrigues
NIF: 184506590
Morada: Rua Cidade Braga lote 6, Redondos
Código Postal: 2865-512 Fernão Ferro
E-mail: Eduardo.rodrigues@chbm.min-saude.pt
Telefone: 962049903

**NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO**

Empresa/Entidade(*): Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Entidade Pública Empresarial
NIF: 509186998
Morada da Sede: Av.ª Movimento das Forças Armadas
Código Postal: 2834-003 BARREIRO
E-mail: admin@chbm.min-saude.pt
Telefone: 212049310
Fax: 212147132

Cargo para que foi nomeado/eleito: Vogal Executivo
Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 03/11/2016
Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2018

(\*) Deve enviar à IGF uma declaração por cada nomeação/eleição.

Tendo sido nomeado/eleito para o cargo referido, na empresa/entidade acima indicada, declaro:

1. Em cumprimento do disposto no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.

2. De acordo com o nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade.
  
3. Nos termos do preceituado no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, que **não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

*Eduardo Manuel Rodrigues*

**ANEXO**

[NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO]

**Exmo. Senhor  
Inspetor-Geral de Finanças  
Rua Angelina Vidal, n.º 41  
1199-005 LISBOA**

Data:

**Assunto:** Deveres de informação decorrentes do disposto no nº 9 do art.º 22º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo DL nº 8/2012, de 18 de janeiro, e no nº 1 do art.º 52º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

**IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO**

Nome: Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro
NIF: 202041441
Morada: Rua das Amendoeiras, n.º 61 Bicesse
Código Postal: 2645-314 Alcabideche
E-mail: luis.pinheiro@chbm.min-saude.pt
Telefone: 962049765

**NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO**

Empresa/Entidade(*): Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Entidade Pública Empresarial
NIF: 509186998
Morada da Sede: Av.ª Movimento das Forças Armadas
Código Postal: 2834-003 BARREIRO
E-mail: admin@chbm.min-saude.pt
Telefone: 212049310
Fax: 212147132

Cargo para que foi nomeado/eleito: Vogal Executivo
Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 03/11/2016
Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2018

(\* ) Deve enviar à IGF uma declaração por cada nomeação/eleição.

Tendo sido nomeado/eleito para o cargo referido, na empresa/entidade acima indicada, declaro:

1. Em cumprimento do disposto no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.



2. De acordo com o nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade.
  
3. Nos termos do preceituado no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, que **não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, overlapping letters and lines, positioned centrally on the page.



ANEXO

[NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO]

Exmo. Senhor  
Inspetor-Geral de Finanças  
Rua Angelina Vidal, n.º 41  
1199-005 LISBOA

Data:

**Assunto:** Deveres de informação decorrentes do disposto no nº 9 do art.º 22º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo DL nº 8/2012, de 18 de janeiro, e no nº 1 do art.º 52º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

Nome: António Manuel da Silva Viegas
NIF: 138096830
Morada: Praceta Pátrias Livres, n.º 2B 2º Esq
Código Postal: 2830-021 Barreiro
E-mail: antonio.veigas@chbm.min-saude.pt
Telefone: 963261924

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

Empresa/Entidade(*): Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Entidade Pública Empresarial
NIF: 509186998
Morada da Sede: Av.ª Movimento das Forças Armadas
Código Postal: 2834-003 BARREIRO
E-mail: admin@chbm.min-saude.pt
Telefone: 212049310
Fax: 212147132

Cargo para que foi nomeado/eleito: Vogal Executivo
Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 03/11/2016
Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2018

(\*) Deve enviar à IGF uma declaração por cada nomeação/eleição.

Tendo sido nomeado/eleito para o cargo referido, na empresa/entidade acima indicada, declaro:

1. Em cumprimento do disposto no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.

2. De acordo com o nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade.
  
3. Nos termos do preceituado no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, que **não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

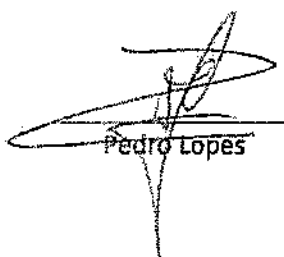
Arturo Manuel Sierra Vargas

DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES E IMPEDIMENTOS PARA GESTOR PÚBLICO

(artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março)

Eu, Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes, declaro não possuir qualquer impedimento e incompatibilidade previstas no artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março ou em outra legislação especial aplicável

Lisboa, 02/09/2016



Pedro Lopes

**DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES E IMPEDIMENTOS PARA GESTOR PÚBLICO**

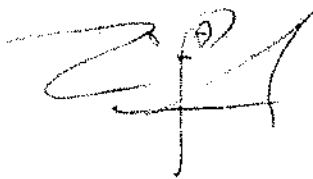
(artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março)

Eu Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro

declaro não possuir qualquer impedimento e incompatibilidade previstas no artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março ou em outra legislação especial aplicável

Lisboa, 16/Setembro/2016

Assinatura

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized initials and a surname, positioned below the word 'Assinatura'.

DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES E IMPEDIMENTOS PARA GESTOR PÚBLICO

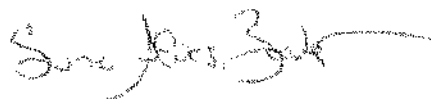
(artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março)

Eu Sónia Maria Alves Bastos

Declaro não possuir qualquer impedimento e incompatibilidade previstas no artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março ou em outra legislação especial aplicável

Lisboa, 31 de agosto de 2016

Assinatura

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sónia Maria Alves Bastos', with a long horizontal flourish extending to the right.

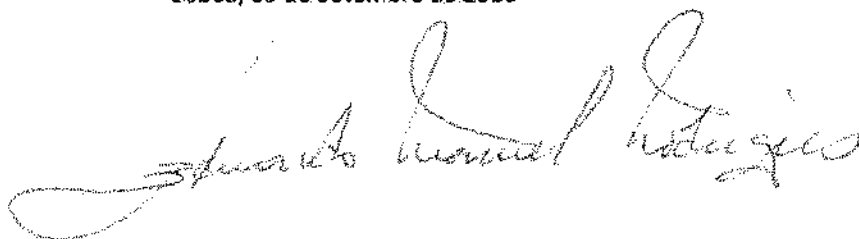
DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES E IMPEDIMENTOS PARA GESTOR PÚBLICO

(artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março)

---

Eu, Eduardo Manuel Rodrigues, portador do cartão de cidadão nº 05931056, válido até 26 de Novembro de 2019 e morador em Rua cidade de Braga Lote 6, Redondos, 2865-512 Fernão Ferro, declaro não possuir qualquer impedimento e incompatibilidade previstas no artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março ou em outra legislação especial aplicável.

Lisboa, 09 de Setembro de 2016

A handwritten signature in black ink, reading "Eduardo Manuel Rodrigues". The signature is written in a cursive style with a large initial 'E' and 'R'.

DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES E IMPEDIMENTOS PARA GESTOR PÚBLICO

(artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março)

Eu António Manuel Silva Viegas declaro não possuir qualquer impedimento e incompatibilidade previstas no artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março ou em outra legislação especial aplicável

Lisboa, 2016 / 08 / 09

Assinatura

*António Manuel Silva Viegas*