

Apreciado em Reunião  
do Conselho de Administração  
CHBM, E. P. E.

de 12/07/2019  
ACTA N.º 30

C.A.  
APROVADO

Pedro Lopes  
Presidente do Conselho de Administração

# Relatório de Governo Societário 2018

# 2018



Versão aprovada em reunião de Conselho de  
Administração de 24 de maio de 2019

Versão revista em reunião de Conselho de  
Administração de 12 de julho de 2019

## Índice

I. SÍNTESE (SUMÁRIO EXECUTIVO) .....	2
II. MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS .....	2
III. ESTRUTURA DE CAPITAL .....	11
IV. PARTICIPAÇÕES SOCIAIS E OBRIGAÇÕES DETIDAS .....	11
V. ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES .....	12
VI. ORGANIZAÇÃO INTERNA .....	29
A. .... ESTATUTOS E COMUNICAÇÕES	29
B. .... CONTROLO INTERNO E GESTÃO DE RISCOS	31
C. .... REGULAMENTOS E CÓDIGOS	39
D. .... DEVERES ESPECIAIS DE INFORMAÇÃO	43
E. .... SÍTIO DE INTERNET	44
F. .... PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO OU DE INTERESSE GERAL	45
VII. REMUNERAÇÕES .....	46
A. .... COMPETÊNCIA PARA A DETERMINAÇÃO	46
B. .... COMISSÃO DE FIXAÇÃO DE REMUNERAÇÕES	47
C. .... ESTRUTURA DAS REMUNERAÇÕES	47
D. .... DIVULGAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES	48
VIII. TRANSAÇÕES COM PARTES RELACIONADAS E OUTRAS .....	50
IX. ANÁLISE DE SUSTENTABILIDADE DA ENTIDADE NOS DOMÍNIOS ECONÓMICOS, SOCIAL E AMBIENTAL	52
X. AVALIAÇÃO DO GOVERNO SOCIETÁRIO .....	58
XI. ANEXOS DO RGS .....	59

2  
7  
83  
Alameda  
A

## I. Síntese (Sumário Executivo)

O Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE (CHBM) elabora o Relatório do Governo Societário respeitante ao ano de 2018 nos termos definidos no art.º 54 do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro. Para o efeito, respeita-se o guião divulgado pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Sector Público Empresarial.

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

Relativamente à Estrutura de Capital, não se registaram alterações ao capital estatutário do CHBM, mantendo-se o valor de 105.180.000,00€;

Globalmente, foram cumpridas a maioria as metas e objetivos definidos em sede de contratualização com a Tutela, apresentado uma taxa de cumprimento do Contrato Programa de 97,3% e do Índice de Desempenho Global na ordem dos 90,2%;

Em termos financeiros, o CHBM EPE apresentou um resultado líquido negativo de -15,9M€, abaixo dos valores contratualizados em sede de Contrato Programa 2018.

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

## II. Missão, Objetivos e Políticas

### 1. Missão, Visão e Valores

Considerando o Regulamento Interno aprovado pelo Conselho de Administração a 23.03.2018, o Centro Hospitalar adota as seguintes políticas da instituição:

#### Missão da Entidade

O Centro Hospitalar tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito da responsabilidade e capacidade das unidades hospitalares que o integram, o Hospital Nossa Senhora do Rosário e o Hospital do Montijo, exercendo a sua atuação de acordo com as linhas estratégicas definidas pelo Conselho de Administração no âmbito da autonomia de gestão que legalmente lhe assiste, promovendo a execução local da política de saúde regional e nacional plasmada nos planos estratégicos superiormente aprovados e operacionalizada através de contrato programa.

#### Visão

Ser um Centro Hospitalar com diferenciação científica, técnica e tecnológica, reconhecido pela efetividade clínica, segurança e satisfação do doente e motivação dos colaboradores, assumindo-se como uma instituição de referência na promoção da saúde e bem-estar da população.

#### Valores

Handwritten notes and signatures in blue ink, including a large '2' at the top right and a signature that appears to be 'A. A. A.' below it.

O princípio orientador geral: JUNTOS CUIDAMOS, integra os valores pelos quais os profissionais do Centro Hospitalar pautam a sua atuação:

J U N T O S   P R O F I S S I O N A L I S M O   E F I C I Ê N C I A   U I N O V A Ç Ã O   D E D I C A Ç Ã O   R E S P O N S A B I L I D A D E

*Z*  
*\**  
*8*  
*Alana*  
*A*

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

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

O CHBM teve em 2018 como principais focos de atuação quatro áreas distintas de intervenção:

### MIE 1. Melhorar o acesso aos cuidados de saúde

- 1.1. Elaborar protocolos de referenciação para a 1.ª Consulta
- 1.2. Promover a alta clínica da consulta de determinadas patologias crónicas
- 1.3. Analisar a taxa e motivos de desmarcação das consultas externas
- 1.4. Promover a realização de atividade cirúrgica adicional
- 1.5. Rever/estabelecer Protocolos com H/CH para resolução de listas de espera para as especialidades mais críticas
- 1.6. Otimizar a capacidade instalada da Unidade de Cirurgia do Ambulatório

### MIE 2. Promover a integração de cuidados no SNS

- 2.1. Melhoria da articulação clínica com o ACES, com recurso à PDS
- 2.2. Estabelecer um plano de assistência integrado com a Comunidade para os doentes frequentes
- 2.3. Manutenção e alargamento de protocolos de com o ACES
- 2.4. Protocolo de articulação na área da Patologia Clínica – H. Montijo
- 2.5. Avaliar capacidade instalada para realização de Colposcopias (âmbito RCCU)
- 2.6. Implementação 2 novos projetos de melhoria e integração de cuidados e consolidação dos projetos piloto lançados em 2017

### MIE 3. Promover incremento do desempenho assistencial

- 3.1. Diminuição da Demora Média antes da cirurgia

- 3.2. Implementar altas seguras em articulação com os CSP
- 3.3. Otimização dos suportes de referência: EGA e RNCCI e Apoio Domiciliário EIHSCP
- 3.4. Ambulatorização Cirúrgica e Médica
- 3.5. Atualização de documentos de suporte ao registo clínico

#### MIE 4. Garantir a sustentabilidade financeira

- 4.1. Rever protocolos MCDT com a ARLSVT para maior dinamização e articulação de algumas valências com o ACES Arco Ribeirinho
- 4.2. Identificar novos Projetos de melhoria dos perfis de prescrição, com calendarização e metas
- 4.3. Rentabilização da capacidade interna na área dos MCDT
- 4.4. Negociar e adquirir material de consumo clínico e medicamentos com menor custo unitário.

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 2018, onde foram definidos os objetivos de desempenho económico-financeiro e os objetivos de qualidade e eficiência.

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

Os **objetivos económico-financeiros** estão diretamente relacionados com o valor estabelecido para o contrato programa do Centro Hospitalar estabelecido para 2018 que foi de 61.908.907,00€, dos quais 58.813.461,65€ relativamente à produção contratualizada e de 3.095.445,35€ de incentivos institucionais. Não estando prevista verba de convergência no Contrato Programa 2018 inicialmente celebrado a 28 dezembro 2017. Relativamente ao grau de cumprimento, o valor total do contrato programa 2018 respeitante à produção foi alcançada uma taxa de execução de 97,3%, tendo-se emitido uma faturação no valor de 57.240.187,72€.

Z  
X  
B  
A  
X

# ESTIMATIVA



## PROVEITOS Hospitais EPE

Instituição: Centro Hospitalar Barreiro/Montijo EPE  
Período: Dezembro 2018

	Consumido		Produção		Marginal		Valor Máximo da Especialização	Estimativa da Especialização	Taxa de Execução
	Quantidade	Valor (€uros)	Quantidade	Valor (€uros)	Quantidade	Valor (€uros)			
<b>1. Consultas Especialistas</b>									
Nº 1ºs Consultas Médicas (s/ majoração)	28 009,00	1 176 378,00 €	28 009	1 176 378,00 €	144	907,20 €	1 194 018,00 €	1 177 285,20 €	100,1%
Nº 1ºs Consultas referenciadas (CTH)	16 889,00	776 894,00 €	13 508	621 368,00 €	0	0,00 €	776 894,00 €	621 368,00 €	80%
Nº 1ºs Consultas Cuidados Paliativos	88,00	4 048,00 €	88	4 048,00 €	8	56,20 €	4 103,20 €	4 103,20 €	101,4%
Nº Consultas Médicas Subsequentes (s/ majoração)	136 778,00	5 744 676,00 €	126 535	5 314 470,00 €	0	0,00 €	5 830 841,10 €	5 314 470,00 €	92,5%
Nº Consultas Médicas Subsequentes Cuidados Paliativos	108,00	4 968,00 €	108	4 968,00 €	10	69,00 €	5 037,00 €	5 037,00 €	101,4%
<b>Valor Total dos Consultos</b>		<b>7 706 964,00 €</b>		<b>7 121 232,00 €</b>		<b>1 031,40 €</b>	<b>7 810 893,30 €</b>	<b>7 122 263,40 €</b>	<b>92,4%</b>
<b>2. Internamentos</b>									
<b>Nº Doentes Equivalentes</b>									
GDH Médicos	10 100,00	18 532 035,50 €	9 980	18 311 852,90 €	0	0,00 €	18 717 355,86 €	18 311 852,90 €	98,8%
GDH Médicos Cuidados Paliativos	201,00	387 209,80 €	182	350 604,25 €	0	0,00 €	391 058,59 €	350 604,25 €	90,5%
GDH Cirúrgicos	2 129,00	3 906 406,30 €	1 892	3 471 545,66 €	0	0,00 €	3 906 406,30 €	3 471 545,66 €	88,9%
GDH Cirúrgicos Urgentes	1 377,00	2 400 542,00 €	1 377	2 400 542,00 €	137	23 883,39 €	2 424 425,39 €	2 424 425,39 €	101%
<b>Dias de Internamento de Doentes Crónicos</b>									
Doentes de Psiquiatria Crónicos no Hospital	180,00	7 050,60 €	0	0,00 €	0	0,00 €	7 121,11 €	0,00 €	0%
Doentes Psiquiatria no Exterior (Ordens Religiosas)	1 825,00	71 485,25 €	1 825	71 485,25 €	3	11,75 €	72 198,14 €	71 497,00 €	100%
<b>Valor Total do Internamento</b>		<b>25 304 725,45 €</b>		<b>24 606 030,06 €</b>		<b>23 896,14 €</b>	<b>25 518 565,39 €</b>	<b>24 629 925,20 €</b>	<b>97,3%</b>
<b>3. Episódios do GDH de Ambulatório</b>									
GDH Cirúrgicos	3 263,00	4 865 010,64 €	3 233	4 820 281,76 €	0	0,00 €	4 865 010,64 €	4 820 281,76 €	99,1%
GDH Médicos	4 480,00	2 146 656,96 €	4 480	2 146 656,96 €	448	32 199,85 €	2 178 856,81 €	2 178 856,81 €	101,5%
<b>Valor dos GDH de Ambulatório</b>		<b>7 011 667,60 €</b>		<b>6 966 938,72 €</b>		<b>32 199,85 €</b>	<b>7 043 867,45 €</b>	<b>6 999 138,57 €</b>	<b>99,8%</b>
<b>4. Urgências</b>									
Atendimentos SU - Médico - Cirúrgica	98 234,00	4 911 700,00 €	98 234	4 911 700,00 €	6 935	34 675,00 €	4 960 815,00 €	4 946 375,00 €	100%
Atendimentos SU - Básica	28 703,00	1 148 120,00 €	28 703	1 148 120,00 €	645	645,00 €	1 150 990,00 €	1 148 765,00 €	100,1%
<b>Valor Total dos Atendimento Urgentes</b>		<b>6 059 820,00 €</b>		<b>6 059 820,00 €</b>		<b>35 320,00 €</b>	<b>6 111 805,00 €</b>	<b>6 095 140,00 €</b>	<b>100,6%</b>
<b>5. Sessões em Hospital do Dia</b>									
Base	13 712,00	274 240,00 €	13 712	274 240,00 €	614	1 842,00 €	278 353,00 €	276 082,00 €	100,7%
Imuno Hemoterapia	1 225,00	360 150,00 €	1 225	360 150,00 €	34	1 499,40 €	365 530,20 €	361 649,40 €	100,4%
Psiquiatria	1 004,00	30 120,00 €	896	26 880,00 €	0	0,00 €	30 570,00 €	26 880,00 €	89,2%
<b>Valor Total do Hospital do Dia</b>		<b>664 510,00 €</b>		<b>661 270,00 €</b>		<b>3 341,40 €</b>	<b>674 453,20 €</b>	<b>664 611,40 €</b>	<b>100%</b>
<b>6. Programas de gestão da doença crónica</b>									
VHSida (doentes em TARV)	621,00	3 724 137,00 €	621,00	3 724 137,00 €	62,10	55 862,06 €	3 779 999,06 €	3 779 999,06 €	101,5%
Hepatite C - Nº de doentes tratados	159,00	1 100 598,00 €	114,00	789 108,00 €	0,00	0,00 €	1 100 598,00 €	789 108,00 €	71,7%
Esclerose múltipla - doentes em terapêutica modificadora	58,00	718 040,00 €	58,00	718 040,00 €	1,66	20 550,80 €	738 590,80 €	738 590,80 €	102,9%
PSCI (Centros de Tratamento autorizados pela DGS)									
Doentes Novos (Cuidados 1º Ano)	11,00	29 700,00 €	11	29 700,00 €	11,92	32 184,00 €	61 884,00 €	61 884,00 €	208,4%
Doentes em Seguimento (Cuidados 2º Ano e Seguintes)	96,00	79 200,00 €	27	32 400,00 €	0,00	0,00 €	79 200,00 €	32 400,00 €	40,9%
<b>9. Saúde sexual e reprodutiva</b>									
<b>IVG até 10 semanas</b>									
Medicamentosa (nº IVG)	412,00	116 596,00 €	412	116 596,00 €	9	382,05 €	118 336,45 €	116 978,05 €	100,3%
Cirúrgica (nº IVG)	5,00	1 845,00 €	5	1 845,00 €	0	0,00 €	1 845,00 €	1 845,00 €	100%
<b>10. Sessões de Radioterapia</b>									
Tratamentos Simples	13 709,00	1 439 445,00 €	12 946	1 359 330,00 €	0	0,00 €	1 439 445,00 €	1 359 330,00 €	94,4%
Tratamentos Complexos	9 139,00	2 293 889,00 €	9 139	2 293 889,00 €	2 098	526 598,00 €	2 820 487,00 €	2 820 487,00 €	123%
<b>12. Serviços Domiciliares</b>									
Consultas Domiciliares	480,00	18 240,00 €	316	12 008,00 €	0	0,00 €	18 513,60 €	12 008,00 €	65,8%
<b>15. Outros</b>									
Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório		697 742,40 €		653 361,36 €			697 742,40 €	653 361,36 €	93,6%
Sistema de Atribuição de Produtos e Apoio		171 175,00 €		142 600,69 €			171 175,00 €	142 600,69 €	83,3%
Programa de Incentivo à Integração de Cuidados		455 243,20 €		593,19 €			455 243,20 €	593,19 €	0,1%
Internos		1 219 924,00 €		1 219 924,00 €			1 219 924,00 €	1 219 924,00 €	100%
<b>16. Valor da Produção</b>		<b>60 813 461,65 €</b>		<b>56 508 923,02 €</b>		<b>731 364,70 €</b>	<b>57 240 187,72 €</b>	<b>57 240 187,72 €</b>	<b>97,3%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>68 813 461,65 €</b>		<b>56 508 923,02 €</b>		<b>731 364,70 €</b>	<b>57 240 187,72 €</b>	<b>57 240 187,72 €</b>	<b>97,3%</b>

A 10 de abril 2019, o Centro Hospitalar recebe orientações da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) para proceder a um ajustamento ao Contrato Programa 2018 inicialmente celebrado, com a finalidade de:

- regularizar as transferências realizadas para as EPE durante o ano de 2018, por conta do Acordo Modificativo correspondente aquele ano;
- atualizar o referencial contabilístico SNC-AP das demonstrações financeiras e os objetivos económico-financeiros.

Nesse sentido, a adenda ao Acordo Modificativo de 2018 do CHBM passa a refletir os seguintes valores:

Entidades	AM 2018	Valor a acrescentar ao AM 2018	Adenda ao AM 2018	Novo Valor Incentivos
	(Valor Inicial)	(através de Adenda)	(Valor Final)	
ARS Lisboa e Vale do Tejo				
CENTRO HOSPITALAR DE BARREIRO/MONTIJO, EPE	61 908 906,99	12 183 528,52	74 092 435,51	3 704 621,78

Esta revisão do Contrato Programa de 2018 permitiu atualizar as linhas de atividade assistencial contratadas valorizando atividade executada acima do inicialmente previsto, por compensação de linhas de atividade que não atingiram a execução de 100%, com destaque para:

#### Consulta Externa

Procedendo-se a uma comparação com os objetivos iniciais estabelecidos no CP2018, verificou-se que tanto as primeiras consultas como as consultas subsequentes realizadas se afastaram dos objetivos preconizados em cerca de -6% face aos objetivos contratualizados, o qual se traduz na realização de menos 11.531 consultas face ao objetivo previsto para 2018. A taxa de acessibilidade situa-se a par do objetivo definido no CP2018, de 24,6%, refletindo apenas um desvio resultante das casas decimais.

#### Internamento

Tendo em consideração os valores estabelecidos no CP 2018 inicial, as taxas de execução foram inferiores ao previsto, com exceção para os GDH's Cirúrgicos Urgentes que obteve uma execução de 101%.

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 impacte na capacidade de planeamento da especialidade e de todas as que dela dependem. Para compensação do diferencial cirúrgico, a atividade adicional realizada pelas equipas cirúrgicas no decorrer do ano 2018 foi incrementada, com forte aposta na atividade cirúrgica de ambulatorio.

### GDH de Ambulatório

A taxa de execução 99,8% consubstancia-se na fundamentação reportada para a atividade cirúrgica em internamento, que foi ainda assim incrementada face ao ano anterior, e aproximou-se da execução inicial prevista. Comparativamente com o CP 2018 observa-se um desvio de -1,6%, que representa menos 51 GDH's cirúrgicos de ambulatório face ao objetivo previsto.

No que respeita aos episódios registados em GDH's Médicos de ambulatório, observa-se um acréscimo de +20,8% face ao período homólogo, resultando num valor de 17% acima das previsões efetuadas para o ano 2018, o que representa a realização de mais 813 GDH's Médicos de Ambulatório.

### Urgências

Procedendo-se à comparação da atividade do período com a previsão resultante do CP2018, verifica-se um aumento de atividade em +4,9% nesta linha de produção, refletindo-se em mais 7.142 episódios. Este resultado decorre exclusivamente do movimento registado na Urgência Médico-Cirúrgica, com um desvio de +6,7% (mais 7.581 episódios), dado que a Urgência Básica apresenta um nível de atividade inferior às previsões efetuadas. Relativamente ao n.º de episódios de urgência sem internamento, verifica-se um desvio de +2,9% no total, que se traduz em +4.054 episódios, essencialmente resultante da tipologia de Urgência Médico-Cirúrgica.

### Sessões em Hospital de dia

Considerando os objetivos do CP 2018, verificamos que a atividade desta linha de produção apresenta uma variação negativa para todas as tipologias de sessões, com exceção para a especialidade de Imunohemoterapia, traduzindo-se na realização de menos 549 sessões face aos valores estimados para o período.

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 e de registos, 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 de os critérios clínicos para a faturação desta atividade terem sido apenas disponibilizados em agosto de 2018, 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 2018.

### Sessões de Radioncologia

A análise estatística relativa à Radioterapia e tendo por base o n.º de tratamentos realizados, aponta para um desvio global de +3,1% face ao período homólogo (mais 729 tratamentos). Todavia o aumento previsto ficou aquém do preconizado para 2018, resultando num desvio total das sessões em -5,2%

Z

7

SB

Aluice

A

correspondente à realização de menos 1.317 tratamentos face ao previsto, com especial enfoque nos tratamentos simples. A alteração do perfil de tratamentos realizados, cada vez mais complexos e morosos, conforme se evidencia pelo acréscimo observado na tipologia de tratamentos complexos (+48,0%), com a realização de mais 3.642 tratamentos, não se traduz num acréscimo acentuado desta atividade face ao período homólogo.

No que respeita aos **objetivos de qualidade e eficiência** o valor global dos incentivos institucionais inicialmente contratualizados foi de 3.095.445,35€, através de um conjunto de indicadores que concorrem para o apuramento do índice de Desempenho Global do CHBM. A estimativa realizada apontou para taxa de execução de 90,2%, com o desvio mais significativo verificado ao nível do cumprimento dos objetivos de desempenho assistencial, designadamente o indicador da percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis e o indicador da percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo.

As regras definidas na Circular Normativa nº 6/2019/ACSS de 21 de março, vem estabelecer instruções para normalização dos registos contabilísticos associados à execução dos Contratos Programa, Programas Verticais e Convenções Internacionais, tendo também em consideração a implementação do referencial contabilístico SNC-AP.

Para efeitos de reporte das demonstrações financeiras, o acréscimo de rendimento respeitante à produção foi calculado tendo por referência o melhor desempenho relativamente aos 3 últimos contratos programa encerrados e será resultante da aplicação da taxa de execução mais elevada de entre os contratos programa. Para o ano de 2018 foi apurado a taxa de execução de 92,8%.

Para efeitos de registo do acréscimo de rendimento respeitante aos incentivos, o mesmo será calculado tendo por referência a taxa de execução de incentivos mais elevada, alcançada nos últimos 3 anos. Para o ano de 2018 foi apurado uma taxa de execução de 96,9%.

Foram também realizados ajustamento ao Contrato Programa de 2018, tendo sido atribuído um subsídio para cobertura de custos de contexto no montante de 11.279.357,09€.

## Q1 - Índice Desempenho Global

Instituição: Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE  
Período Análise: Dezembro 2018

Objectivos	Peso Relativo Indicador (%)	2018			2018	
		Meta	Real	Grau de Cumprimento (%)	Grau de Cumprimento Ajustado (%)	Índice de Desempenho
<b>Objectivos Nacionais</b>	<b>40</b>					
<b>Acesso</b>	<b>15</b>					<b>15,6</b>
Percentagem das primeiras consultas no total de consultas médicas	3	25	24,6	98,4	98,4	3,0
Mediana de tempo de espera da LIC, em meses	3	4,5	3,7	117,8	117,78	3,5
Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	3	64,1	63,8	99,5	99,5	3,0
Peso das consultas externas médicas com registo de alta no total de consultas externas médicas	3	10	10,7	107,0	107,0	3,2
Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA até 2 dias úteis após a referência, no total de doentes referenciados para a RNCCI	3	80		0,0	95	2,9
<b>Desempenho Assistencial</b>	<b>25</b>			<b>70</b>		<b>17,3</b>
Índice de Risco e Segurança do Doente	2	8,0	17	212,5	120,0	2,4
Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	3	55	45,5	82,7	82,7	2,5
Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	3	1,5	0,0	0,0	0,0	0
Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	3	1,91	3,15	35,1	0,0	0
Índice PPCIRA	8	10			95	7,6
Quota biossimilares por DCI (Infliximab)*	2	63,6	82,4	129,6	120	2,4
Quota biossimilares por DCI (Rituximab)*	2	15	60,5	403,3	120	2,4
Quota biossimilares por DCI (Etanercept)*	2	15	6,3	42,0	0	0
<b>Desempenho económico-financeiro</b>	<b>20</b>					<b>20,0</b>
Percentagem de Gastos com Trabalho Extraordinário, Suplementos e FSE, no Total de Gastos com Pessoal	5	15,6	15,6	100	100	5
Gastos com Pessoal por Doente Padrão, face ao melhor do grupo	5	Meio do grupo			100	5
Gastos com Produtos Farmacêuticos por Doente Padrão, face ao melhor do grupo	5	Meio do grupo			100	5
Gastos com Material de Consumo Clínico por Doente Padrão, face ao melhor do grupo	5	Meio do grupo			100	5
<b>Objectivos Regionais Lisboa e Vale do Tejo</b>	<b>40</b>					<b>37,3</b>
Despesa de Medicamentos facturados por utilizador (FV/F)	10	99,08		200,0	95	9,5
Demora Média antes da Cirurgia	5	0,5	0,98	4,0	0,0	0,0
N.º de projectos de articulação implementados com os CSP	10	2	4	200	120	12,0
Percentagem doentes cirúrgicos inscritos em LIC com tempo de espera > TMRG	5	12	10,4	113,3	113,33	5,7
Percentagem de utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para consulta externa atendidos em tempo adequado	10	82	82,9	101,1	101,10	10,1
<b>Índice de Desempenho Global</b>						<b>90,2</b>
Valor Incentivos Contratados (€)						3.095.445,4
Valor Incentivos Realizados (€)						2.790.846,0

### 3. Indicação dos fatores críticos de sucesso 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 2018 superior ao ano transato. Esta área de atividade contribuiu para o aumento do número de doentes internados nas especialidades médicas, com destaque para o período de continência do Inverno. O serviço de urgência é assim uma das áreas de prestação de cuidados que

2

7

8

Stave.

X

mais condiciona as 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, limitando a atividade assistencial cirúrgica programada. Cumulativamente durante grande parte do ano 2018, o Serviço de Urgência Geral funcionou num espaço provisório localizado no edifício das consultas externas, condicionando a atividade de urgência e a atividade de consulta externa do Hospital Nossa Senhora do Rosário (Barreiro).

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 2018, 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:

- ✓ Descongelamento de todas as carreiras dos profissionais com Contrato de trabalho em funções Públicas, com efeitos a janeiro de 2018;
- ✓ Pagamento de suplemento remuneratório a Enfermeiros Especialistas, com retroativos desde janeiro de 2018;
- ✓ Reposição das percentagens do pagamento do trabalho extra e do trabalho noturno.
- ✓ A contratação de pessoal de enfermagem e assistentes operacionais para fazer face á 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; a 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 2018 face ao período homólogo, mas cumprindo o previsto em Contrato Programa 2018, decorrente do aumento do salário mínimo nacional que se reflete nos contratos com empresas fornecedoras de limpeza, lavandaria, segurança, e outros serviços diversos.

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

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.

Z

\*

SO

Barreiro

A

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.

### III. Estrutura de Capital

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

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.

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

O CHBM é uma entidade pública empresarial com capitais 100% públicos, não detendo ações, 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 coletivas que, direta ou indiretamente, são titulares de participações noutras entidades, com indicação detalhada da percentagem de capital e de votos imputáveis, bem como da fonte e da causa de imputação nos termos do que para o efeito

estabelece o Código das Sociedades Comerciais (CSC) no seu artigo 447.º (vide alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).

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

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

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

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

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

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

## V. Órgãos Sociais e Comissões

### A. Modelo de Governo

#### 1. Identificação do modelo de governo adotado

De acordo com 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 dois mandatos consecutivos, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo da renúncia a que houver lugar.

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

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

P

J

S

Handwritten signature

X

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 mesa da assembleia geral e respetivo mandato (data de início e fim). Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a entidade deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).**

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

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

## C. Administração e Supervisão

1. **Indicação das regras estatutárias sobre procedimentos aplicáveis à nomeação e substituição dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão.**

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

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

O Conselho de Administração em funções, foi nomeado pela Resolução 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. **Caracterização da composição, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão, com indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração estatutária do mandato, número de membros efetivos, data da primeira designação e data do termo de mandato de cada membro. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a entidade deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).**

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

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 Diretor Clínico e do Enfermeiro Diretor, 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 Clínico, do Serviço Financeiro, do Serviço Social e do Gabinete de Planeamento e Controlo.

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.

No Diretor Clínico e Vogal Executivo do Conselho de Administração, Dr. Luís 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.

No Enfermeiro Diretor e Vogal Executivo do Conselho de Administração, Enf.º 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

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

Z  
X  
S  
Rauva  
X

Conselho de Administração estão autorizados a subdelegar as competências acima delegadas no pessoal dirigente ou de chefia que deles diretamente 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.

*Z*  
*X*  
*88*  
*Adm*  
*X*

Conselho de Administração Actual						
Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação		Remuneração	
			Doc.	Data	Entidade Pagadora	[O / D]
03/11/2016 a 31/12/2018	Presidente	Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	RCM nº 33/2016	03-11-2016	CHBM	D
03/11/2016 a 31/12/2018	Vogal	Sónia Maria Alves Bastos	RCM nº 33/2016	03-11-2016	CHBM	D
03/11/2016 a 31/12/2018	Vogal	Eduardo Manuel Rodrigues	RCM nº 33/2016	03-11-2016	CHBM	D
03/11/2016 a 31/12/2018	Director Clínico	Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro	RCM nº 33/2016	03-11-2016	CHBM	O
03/11/2016 a 31/12/2018	Enfº Director	António Manuel Silva Viegas	RCM nº 33/2016	03-11-2016	CHBM	D

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

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

Não aplicável, o CHBM não tem membros não executivos.

**4. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo. Deverão especificamente ser indicadas as atividades profissionais exercidas, pelo menos, nos últimos 5 anos (vide alínea j) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).**

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

Notas curriculares

**Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes**, nascido a 26 de setembro de 1970, natural da cidade da Guarda. Habilitações Académicas: [2015] Curso de Alta Direção em Gestão de Unidades de Saúde, Instituto de Formação e Consultoria, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa; [2002] Curso de Formação Profissional de Formação Pedagógica Inicial, SOPROFOR — Sociedade Promotora de Formação, Lda.; [1999] Especialização em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; [1997] Curso de Informática, CIDEC — Centro Interdisciplinar de Estudos Económicos; [1995] Licenciatura em Direito, Universidade Autónoma de Lisboa. Habilitações Profissionais: [2004 -2009] Formador, certificado pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional; [1998] Advogado, com cédula profissional emitida pelo Conselho Distrital de Coimbra da Ordem dos Advogados. Experiência Profissional: [2014 -2016] Diretor Executivo do

Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.; [2013 -2014] Responsável da Unidade de Apoio à Gestão, Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.; [2009 -2013] Responsável pela contratualização e acompanhamento das Unidades Locais de Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.; [2008 -2009] Diretor do Serviço de Gestão de Doentes, HPP, Hospital de Cascais S. A.; [2006 -2008] Administrador do Serviço de Gestão de Doentes, Administrador do Departamento das Neurociências e do Hospital de Dia das Especialidades Médicas, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E.; [2000 -2006] Administrador do Serviço de Gestão de Doentes, Responsável pelo Gabinete de Estatística e Corresponsável pelo Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão, Hospital de Curry Cabral, SPA; [1999 - 2000] Assessor do Conselho de Administração, Hospital Distrital de Faro, SPA; [1998 -1999] Advogado. Outros: Coautor de publicações na área da saúde; Arguente de trabalhos de campo elaborados por alunos do Curso de Especialização em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; Orientador local de trabalhos finais da licenciatura de Gestão em Saúde, Universidade Atlântica; Orientador local de trabalho final da licenciatura de Estatística e Gestão de Informação, Universidade Nova de Lisboa; Membro Fundador da Portuguese Association for Integrated Care (PAFIC).

**Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro**, nascido a 20 de julho de 1972. Educação, Formação e Carreira: Licenciatura em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (1996); Especialista em Medicina Interna (2004); Frequência do Mestrado de Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (2009); Grau de Consultor/Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna (2015); Programa de Alta Direção de Unidades de Saúde da AESE, Escola de Direção e Negócios (2016). Experiência Profissional: Adjunto da Diretora Clínica do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E. (áreas médicas, informatização clínica e acompanhamento da atividade e indicadores) (desde fevereiro de 2015). Assessor do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P. (área hospitalar, nomeadamente contratualização, internatos médicos, redes de referência e organização das urgências hospitalares) (2009 -2011). Coordenador do Setor de Monitorização de Reações Adversas a Medicamentos do INFARMED, I. P. (2002 -2005). Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa desde 1998. Atividade de investigação, produção e divulgação científica: Investigação Clínica nas áreas de “Análise de Resultados em Saúde”, “Epidemiologia” e “Investigação em Serviços de Saúde”. Autor e coautor de diversas comunicações científicas em congressos nacionais e internacionais e de publicações em revistas científicas nacionais e internacionais na área da Medicina. Participação em grupos de trabalho e comissões: Coordenador da Comissão de Informatização Clínica e membro da Comissão Técnico-Científica do Centro de Investigação Clínica no Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E. Membro da Comissão de Avaliação de Tecnologias da Saúde do INFARMED, I. P. (desde maio de 2016); Outras Atividades: Orientador de formação de Internos do Internato Complementar de Medicina Interna. Membro de júris de avaliação final de Internato Complementar. Consultor Médico para a área da Epidemiologia do Centro Estudos Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (2007 -2015).

**Sónia Maria Alves Bastos**, nascida a 10 de novembro de 1972. Educação e formação académica: Licenciatura em Gestão e Administração Pública pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa (1995); Curso de Gestão de Unidades de Saúde pela Escola de Pós Graduação da Faculdade de Ciências Económicas e Empresariais da Universidade Católica Portuguesa (2000); FORGEP — Programa de Formação em Gestão Pública pelo Instituto Nacional de Administração

(2008); Mestrado em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde pela Universidade de Évora (2008); Curso de Alta Direção em Gestão de Unidades de Saúde para Gestores pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa (2015). Experiência Profissional: Diretora do Departamento de Planeamento e Contratualização da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (desde Maio de 2012); Diretora do Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (2007 -2012); Técnica Superior da equipa de negociação de Contratos Programa com os Hospitais do Serviço Nacional de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (2004 -2007); Técnica Superior no Gabinete de Gestão do Programa Operacional Saúde (Saúde XXI) do 3.º Quadro Comunitário de Apoio (2002 -2004); Técnica Superior na Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (1998 -2001). Docente da Unidade Curricular “Administração em Saúde” dos cursos superiores de Dietética e Cardiopneumologia (2002 -2007) e do módulo de “Gestão Aplicada” para o Curso de Pós-Graduação em Gestão dos Serviços de Saúde (2004) na Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa. Membro de várias comissões e grupos de trabalho, sob a égide do Ministério da Saúde e da Administração Central do Sistema de Saúde, nomeadamente: Grupo de Acompanhamento dos Hospitais (2016); Comissão de Acompanhamento do processo de devolução dos hospitais das misericórdias (2016 -2014); Grupo de Trabalho para o desenvolvimento da contratualização no âmbito dos cuidados continuados integrados (2014); Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização com os Cuidados de Saúde Primários (2009).

**Eduardo Manuel Rodrigues**, nascido em 1963, natural de Coelhoso distrito de Bragança. Licenciado em Gestão de Empresas pela Universidade Autónoma de Lisboa. Desde setembro de 2015 — Coordenador do Fundo Rainha D. Leonor da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; Desde maio de 2015 — Presidente da Casa do Pessoal da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; 2012 — Técnico Superior na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; 2011 — Diretor Financeiro no SUCH, Serviço de Utilização Comum dos Hospitais; Desde 2009 — Vereador sem pelouro na Câmara Municipal do Seixal; 2008 — Assessoria ao Diretor de Património da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; 2006 -Diretor do Departamento de Gestão, Controlo de Crédito e Tesouraria, Gestão e Controlo de Créditos, do SUCH — Serviço de Utilização Comum dos Hospitais; 2005 — Diretor da Unidade de Microcrédito, desenvolvimento dos pressupostos e base de implementação do Microcrédito e Empreendedorismo na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; 2004 — Assessoria ao Diretor de Património da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; 2003 a 2007 — Presidente da Casa do Pessoal da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; 2003 — Diretor da Unidade Administrativa de Recursos Humanos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; 2000 a 2003 — Coordenador do Gabinete de Processamento de Vencimentos e Gestão de Recursos Humanos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; 1997 a 2000 — Vice — Presidente da Casa do Pessoal da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; 1992 a 2000 — Chefe de Projeto “Gesven” da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; 1989 a 1992 — Técnico Superior de 1.ª Classe da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Atividades Complementares: Preletor em várias ações de formação no âmbito de funções exercidas na área de recursos humanos e parametrização de programas informáticos relacionais; Membro de júris de concursos de pessoal; Participação em conferências nacionais e internacionais, no âmbito do empreendedorismo social; Participação no Road Show For Entrepreneurship no Centro de Empresas e Inovação da Madeira; Participação em grupos de trabalho de análise de projetos de construção civil.

Z  
A  
B  
A  
A

**António Manuel Silva Viegas**, nascido a 02 de fevereiro de 1957. Educação, Formação e Carreira: Licenciatura em Administração de Serviços de Enfermagem pela Escola de Enfermagem Maria Fernanda Resende (1998); Especialista em Enfermagem de Saúde Pública (1986); Pós-graduação em Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem na Escola de Enfermagem Maria Fernanda Resende (1992); Enfermeiro-Chefe (desde 2000). Experiência Profissional: Enfermeiro-chefe do serviço de Ortopedia e Neurologia do Centro Hospitalar Barreiro/Montijo (desde abril de 2011). Enfermeiro Chefe do serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar Barreiro/ Montijo (2000 -2011). Coordenador do Departamento Cirúrgico do Centro Hospitalar Barreiro/ Montijo (2000 -2003). Enfermeiro -diretor do serviço de Enfermagem (1997 -2000); Enfermeiro Coordenador do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital N.º Sr.ª Rosário -Barreiro (1995 -1997); Enfermeiro Especialista do serviço de internamento do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital N.º Sr.ª Rosário – Barreiro (1990 -1995); Enfermeiro -Professor na Escola de Serviço de Saúde Militar (1983 -1990); Enfermeiro de Marinha (1978 -1990); Assistente Convidado da Escola Superior de Enfermagem Egas Moniz (2003 -2011); Vogal da Direção da Clínica FRATER -IPSS no Barreiro (2010 -2013)

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

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”.

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.

Z

\*

⊙

Mano

A

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

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

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

**Organograma CHBM**

<http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/Organograma%20CHBM.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, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo, indicando designadamente:**

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

No decurso do ano de 2018, foram realizadas cinquenta e duas reuniões de Conselho de Administração atual, 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	90%
Vogal Executivo	Eduardo Manuel Rodrigues	90%
Director Clínico	Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro	86%
Enf <sup>o</sup> Director	António Manuel Silva Viegas	88%
<b>TOTAL REUNIÕES REALIZADAS</b>		<b>52</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 ata o seu voto vencido e as razões que o justificam.

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

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

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

Não existem cargos exercidos em simultâneo em outras entidades.

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

Preceitua o n.º 2 do mesmo art.º 6.º do Decreto-Lei n.º 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.

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

De acordo com o Regulamento Interno, os órgãos de apoio técnico do 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 Infeção Hospitalar;
- f) A Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- g) A Comissão de Coordenação Oncológica;
- h) Direção do Internato Médico

(Comissão Médica)

- 1 - A Comissão Médica é presidida pelo Diretor Clínico e deverá acompanhar e avaliar, periodicamente e de modo sistemático, a atividade clínica, designadamente os aspetos relacionados com o exercício da medicina.
- 2 - A Comissão Médica, para além do Diretor Clínico, integra os adjuntos do Diretor Clínico e os Diretores ou Médicos responsáveis pelos serviços de Ação Médica.
- 3 - A Comissão Médica funciona em plenário que reunirá ordinariamente de quatro em quatro meses por convocação do seu presidente, sem prejuízo de poder funcionar em comissões especializadas, de âmbito restrito, sempre que tal se mostre necessário.

4 - Foram desenvolvidas pela comissão médica as seguintes atividades:

- a) Fomentar a cooperação entre os serviços de ação médica e entre estes e os restantes;
- b) Apreciar os aspetos do exercício da medicina hospitalar que envolvam princípios de deontologia médica;
- c) Dar parecer sobre as queixas e reclamações que sejam formuladas acerca da correção técnica e profissional da assistência prestada aos doentes.

(Comissão de Enfermagem)

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

(Comissão de Ética)

- 1 - A Comissão de Ética é composta por sete membros, devendo revelar uma composição interdisciplinar.
- 2 - Os membros da Comissão de Ética são nomeados pelo Conselho de Administração.
- 3 - Em todos os aspetos não previstos neste regulamento, a Comissão de Ética do Hospital rege-se pelos princípios definidos no Decreto-Lei 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.

- 2 - Os elementos da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente são nomeados pelo Conselho de Administração, por proposta do Presidente.
- 3 - Foram desenvolvidas pela comissão de qualidade e segurança do doente as seguintes atividades:
  - a) A formulação da política de qualidade orientada para o utente, nas dimensões de garantia, planeamento, controlo estatístico e melhoria contínua;
  - b) A avaliação das diferentes dimensões de qualidade, incluindo a dos custos da não qualidade;
  - c) Proposta do plano de ação anual, com previsão dos recursos necessários à sua execução;
  - d) O acompanhamento das atividades incluídas no plano de ação anual.

(Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar)

- 1 - O corpo médico da Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar integra um infeciologista, um microbiologista, um cirurgião e um internista, um dos quais será o presidente.
- 2 - Será ainda constituída por um técnico superior de farmácia e um enfermeiro que poderão acumular funções, mas nunca com a chefia de um serviço clínico.
- 3 - A Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar pode agregar consultores mediante autorização do Conselho de Administração.
- 4 - Os elementos da Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar são nomeados pelo Conselho de Administração sob proposta, respetivamente, do Diretor Clínico, do Diretor dos Serviços Farmacêuticos e do Enfermeiro-Diretor.
- 5 - As competências da Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar são as constantes de Despacho do Diretor-geral da Saúde, publicado no Diário da República nº. 246, II série, de 23/10/96.
- 6 - A Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar deverá funcionar segundo regulamento próprio por si aprovado, e desenvolveu a sua atividade de acordo com o plano anual de atividades, designadamente no âmbito do projeto "STOP INFECCÃO", 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 Diretor Clínico, que preside, ou um dos adjuntos por ele designado.
- 2 - O Diretor do Serviço de Aprovisionamento participa, sem direito a voto, restringindo a sua intervenção a matérias económicas e de gestão de aquisições e existências.
- 3 - Foram desenvolvidas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica as seguintes atividades:
  - a) Integração entre os Serviços de Prestação de Cuidados e o Serviço de Farmácia;
  - b) Velar pelo cumprimento do formulário e suas adendas;

Z  
\*  
B  
Kamila  
ed.

- c) Pronunciar-se, dentro do respeito das regras deontológicas, sobre a correção da terapêutica prescrita a doentes, sob solicitação do Diretor Clínico;
- d) Informar os planos de aquisição de medicamentos e orientar o seu consumo;
- e) Avaliação mensal 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 Diretor Clínico ou por um dos seus adjuntos por si designado. Para além do seu presidente, a Comissão de Coordenação Oncológica é composta por quatro médicos com o grau de especialista nas áreas de Cirurgia, Oncologia Médica e de Anatomia Patológica.

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

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

(Direção do Internato Médico)

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

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

Compete ao conselho de administração do Centro Hospitalar designar os membros que integram cada uma das comissões.

## D. Fiscalização

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

Nos termos dos Estatutos do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, constantes do Anexo II do Decreto-lei n.º 18/2017, de 10/02, a fiscalização é exercida por um Conselho Fiscal – composto por um

Z  
A  
B  
Kam  
A

presidente, dois vogais efetivos e uma vogal suplente – e por um revisor oficial de contas ou uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários (cfr. art.º 15º).

**2. Composição do Conselho Fiscal, ao longo do ano em referência, com indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração estatutária do mandato, número de membros efetivos e suplentes, data da primeira designação e data do termo de mandato de cada membro. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte.**

O Conselho Fiscal é constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o presidente do órgão.

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

O Conselho Fiscal foi nomeado por despacho conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, a 26 de abril de 2018, para o triénio 2018/2020, com a seguinte composição:

Conselho Fiscal					
Mandato	Cargo	Identificação do Conselho Fiscal		Designação	
(Início - Fim)		Nome	Forma	Data	
01/01/2018 a 31/12/2020	Presidente	Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge	Disp. Conj. SET e SES	26-04-2018	
01/01/2018 a 31/12/2020	Vogal	Renato Felisberto Pinho Marques	Disp. Conj. SET e SES	26-04-2018	
01/01/2018 a 31/12/2020	Vogal	José Manuel Gonçalves André	Disp. Conj. SET e SES	26-04-2018	
01/01/2018 a 31/12/2020	Vogal Suplente	Anabela Mendes Garcia Barata	Disp. Conj. SET e SES	26-04-2018	

**3. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do Conselho Fiscal. Deverão especificamente ser indicadas as atividades profissionais exercidas, pelo menos, nos últimos 5 anos.**

**Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge**, Presidente do Conselho Fiscal, nascida a 18 de janeiro de 1970, licenciada em administração de empresas pela Universidade Católica, frequência do Programa Avançado para Administradores Não-Executivos – Instituto Português de Corporate Governance (IPCG), Executive Training Session on Banking Governance - PLMJ Advogados, Strategic Management in Banking Programme - INSEAD, Fontainebleau, França.

Atividade Profissional

Diretora Central de Fusões e Aquisições (F&A) do HAITONG BANK, S.A. (ex-BES Investimento) (2004-2017), responsável por transações em Portugal, Espanha, França, Chile, Brasil, Polónia e Macau, em diversos sectores, Direção de fusões e aquisições do BES Investimento, tendo ocupado cargos desde analista até diretora (1994-2004). Analista no departamento de fusões e aquisições do Deutsche Bank (Portugal) (1993-1994).

**Renato Felisberto Pinho Marques**, Vogal efetivo do Conselho Fiscal, nascido a 29 de março de 1958, licenciado em Economia pelo Instituto Superior de Economia e Gestão (ISEG) da Universidade Técnica de Lisboa com Pós-graduação em Estudos Europeus – Universidade Católica.

**Atividade Profissional**

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

**José Manuel Gonçalves André**, Vogal efetivo do Conselho Fiscal, nascido em 22 de abril de 1953, licenciado em Organização e Gestão de Empresas - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE) com Pós-graduação em Administração Hospitalar - Escola Nacional de Saúde Pública, curso de Engenharia Industrial aplicada à gestão hospitalar, Health Policy Institute, Boston University, Lisboa, Curso de Auditoria da Qualidade de serviços de Saúde, HQS – Health Quality Service/Reino Unido, Lisboa, Curso PADIS-Programa Alta Direção Instituições de Saúde da AESE, Curso Alta Direção em Gestão Unid. Saúde - ISCSP.

**Atividade Profissional**

Administrador Hospitalar de 1º grau do Quadro Único desde 26 /04/2006 e de 1ª classe do ex-Hospital Reynaldo dos Santos – Vila Franca de Xira desde 01/05/2007, pertencente ao mapa da ARSLVT, Auditor do Gabinete Auditoria Interna da ARSLVT desde 15 julho de 2016, Diretor Executivo do ACES Oeste Sul, de 07 dezembro de 2012 a 15 julho de 2016, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Torres Vedras, de 15 de abril de 2010 a 20 de novembro de 2012, Vogal Executivo do Centro Hospitalar Torres Vedras, 2006-2010, Diretor de Serviço de Formação e Ensino da Sec-Geral do Ministério da Saúde, 2003-2006, Diretor e Administrador Delegado do Hospital Distrital de Mirandela, 1999-2003, Administrador Delegado do Hospital Distrital da Covilhã, 1997-1999, Administrador Delegado do Hospital Distrital da Lamego, 1996-1997, Administrador Hospitalar nas áreas de gestão de pessoal, consulta externa e urgência do ex-Hospital Reynaldo dos Santos, 1994-1996, Administrador Hospitalar do Dep. Cabeça e Pescoço do Hospital Garcia de Orta, 1992-1994, Diretor do Serviço de Estudos e Gestão do Dep. Recursos Humanos da Saúde, 1990-1992, Adm. Hospitalar de vários serviços comuns do ex-Grupo Hospitais Cívicos de Lisboa, 1985-1989.

**Anabela Mendes Garcia Barata**, vogal suplente do Conselho Fiscal, nascido em 26 de agosto de 1964, licenciada em Administração e Gestão de Empresas pela Universidade Católica de Lisboa, em 1989, com MBA na Escola Superior de Gestão da AESE, formação profissional em fiscalidade, com especial ênfase na área do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas. A formação profissional foi assegurada pelo centro de formação profissional da Arthur Andersen, na Holanda, bem como por várias ações de formação a nível nacional e internacional. Curso de Formação Pedagógica de Formadores (C A P), curso de formação sob o tema Assertividade e curso de formação sob o tema Liderança.

Z  
7  
B  
Alameda  
A

Coordenadora da Unidade de Gestão Financeira, da ARSLVT, IP, desde janeiro de 2008, Diretora Administrativa e Financeira no Grupo Bureau Veritas, de janeiro de 2002 a dezembro de 2007, Técnica Superior no Banco Espírito Santo, de julho de 1996 a dezembro 2001 e Gerente na KPMG de janeiro de 1992 a julho de 1996.

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

Não aplicável, não está nas competências do Conselho Fiscal.

**5. Outras funções dos órgãos de fiscalização.**

Não aplicável, não existe outras funções fora das definidas pelos estatutos.

**6. Identificação dos membros do Conselho Fiscal que se considerem independentes, nos termos do n.º 5 do artigo 414.º, do CSC.**

Os elementos do Conselho Fiscal preenchem os requisitos de independência previstos no n.º 5 do art.º 414º do CSC, dado que não se encontram associados a qualquer grupo de interesses na sociedade, nem se encontram em alguma circunstância suscetível de afetar a sua isenção de análise ou de decisão e exercem o seu primeiro mandato no cargo.

**7. Caracterização do funcionamento do Conselho Fiscal, indicando designadamente:**

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

Nº de reuniões	Local da Realização	Intervenientes nas reuniões	Ausências dos membros do CF
10	ARSLVT/IGF	CF	Não existiram
3	CHBM	CF, CA, AI, DF	Não existiram
1	Lisboa (SROC)	CF, FU	Não existiram
1	Lisboa (SROC)	CF, BDO	Não existiram
1	HGO	CF	Não existiram

Legenda: CF - Conselho Fiscal; CA - Conselho de Administração; AI - Auditoria Interna; DF - Direção Financeira; FU - anterior Fiscal Único; BDO – SROC

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

*Handwritten notes and signatures:*  
Z  
A  
Sg  
Kau  
A

Nome	Outros cargos ou funções
Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge	Presidente do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
	Presidente do Conselho Fiscal do Hospital Garcia da Orta, E.P.E.
	Administrador Único da Curiosolabirinto, SA
	Gerente da Pinguins Ativos, Lda.
Renato Felisberto Pinho Marques	Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
	Vogal do Conselho Fiscal do Hospital Garcia da Orta, E.P.E.
	Membro da Comissão da Normalização Contabilística
José Manuel Gonçalves André	Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
	Vogal do Conselho Fiscal do Hospital Garcia da Orta, E.P.E.

*Handwritten notes and signatures:*  
 P  
 F  
 S  
 Kluvia  
 A

## E. Revisor Oficial de Contas

- Identificação, membros efetivo e suplente, da Sociedade de Revisores Oficiais de Contas (SROC) e respetivos números de inscrição na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas (OROC) e na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários (CMVM), caso aplicável, e dos sócios ROC que a representam e indicação do número de anos em que o ROC exerce funções consecutivamente junto da entidade e/ou grupo.**

O revisor oficial de contas é nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável por uma única vez.

O Revisor Oficial de Contas foi nomeado por despacho conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, a 14 de dezembro de 2018, para o triénio 2018/2020, com a seguinte composição:

BDO & Associados, SROC, Lda., inscrita na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, com o nº 29 e registado na Comissão de Mercados de Valores Mobiliários, com o nº 20161384, com sede na Avenida da República, nº 50, 10º andar, em Lisboa, representada por João Paulo Torres Cunha Ferreira, ROC nº 956.

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

Nos termos do nº 4 do artigo 15º dos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, E.P.E., o Revisor Oficial de Contas é nomeado para um mandato com a duração de três anos, renovável por uma única vez.

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

Revisor Oficial de Contas							
Mandato	Cargo	Identificação SROC/ROC	Designação			Nº de anos de funções exercidas no grupo	Nº de anos de funções exercidas na entidade
(Início - Fim)		Nome	Forma	Data	Contratada		
01/01/2018 a 31/12/2020		BDO & Associados, SROC, Lda.	Despacho Conjunto	14-12-2018	29-01-2019	1	1

Nome	Remuneração Anual 2018
BDO & Associados, SROC, Lda.	12.200 €

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

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

#### F. Conselho Consultivo

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

O Conselho Consultivo é composto por: Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pela Comunidade Intermunicipal ou pela Área Metropolitana onde se situe a sede dos respetivos centros hospitalares, que preside; Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pelo membro do Governo responsável pela área da saúde; Um representante da respetiva Administração Regional de Saúde; Um representante dos utentes, designado pela respetiva associação ou por equivalente estrutura de representação; Um representante eleito pelos trabalhadores do hospital E. P. E.; Um representante dos prestadores de trabalho voluntário no hospital E. P. E., entre estes eleito, quando existam; Dois elementos, escolhidos pelo conselho de administração do hospital E. P. E., que sejam profissionais de saúde sem vínculo ao mesmo.

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

O Despacho nº 1505/2015, de 22 janeiro, nomeia o Eng.º António Afonso Reynaud de Melo Pires, presidente do Conselho Consultivo do CHBM, EPE, com efeitos à data da sua publicação, 12 de fevereiro de 2015, no decorrer do seu mandato não foram nomeados os restantes membros do Conselho Consultivo.

Em 2016, o Presidente do Conselho Consultivo comunicou ao CHBM a sua cessação de funções por estar ausente no país, até ao presente momento não foi ainda nomeado o seu substituto.

O CHBM já comunicou ao Presidente do Conselho Metropolitano da Área de Lisboa para que este nomeie um novo Presidente do Conselho Consultivo. (Ofício do CA em anexo).

## G. Auditor Externo

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

Não aplicável, o CHBM, EPE não tem Auditor Externo.

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

Não aplicável, o CHBM, EPE não tem Auditor Externo.

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

Não aplicável, o CHBM, EPE não tem Auditor Externo.

4. Indicação do montante da remuneração anual paga pela entidade e/ou por pessoas coletivas em relação de domínio ou de grupo ao auditor e a outras pessoas singulares ou coletivas pertencentes à mesma rede e discriminação da percentagem respeitante aos seguintes serviços.

Não aplicável, o CHBM, EPE não tem Auditor Externo.

## VI. Organização Interna

### A. Estatutos e Comunicações

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

O CHBM, E.P.E. é uma pessoa coletiva 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.

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*

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. Caracterização dos meios e política de comunicação de irregularidades ocorridas na entidade.

Existe um Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades, aprovado pelo Conselho de Administração em 19/03/2015 que estabelece os procedimentos internos para a receção, 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):

- 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;
- Dano, abuso ou desvio relativo ao património do Centro Hospitalar;
- Dano, abuso ou desvio relativo ao património dos utentes;
- Prejuízo à imagem ou reputação do Centro Hospitalar.

### Forma de Comunicação

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

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

- Entregue em envelope fechado, se remetido por carta;
- Menção de “confidencial” no assunto da mensagem (no caso de correio eletrónico) ou inscrita na parte exterior do envelope;
- Identificação do autor da comunicação, não sendo objeto de tratamento comunicações anónimas;
- Indicação expressa de que prescinde do anonimato, caso assim o deseje;
- 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 adotadas e identificação de ferramentas existentes com vista à mitigação e prevenção de fraude organizacional.

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 sobre a existência de um Sistema de Controlo Interno (SCI) compatível com a dimensão e complexidade da entidade, de modo a proteger os investimentos e os seus ativos.

O órgão de administração tem atribuído crescente importância ao desenvolvimento e aperfeiçoamento dos sistemas de controlo interno e de gestão de risco, com impacto relevante nas atividades 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 de pessoas, órgãos ou comissões responsáveis pela auditoria interna e/ou pela implementação de sistema de gestão e controlo de risco que permita antecipar e minimizar os riscos inerentes à atividade desenvolvida.

A Dra. Ivone Silva, foi a responsável pelo Serviço de Auditoria Interna do CHBM, E.P.E. até 30 setembro 2018, de acordo com o artigo 17º do Decreto-Lei nº 233/2005 alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 12/2015 que procedeu à alteração do Regime Jurídico e dos Estatutos dos Hospitais EPE, data a partir da qual cessou funções. O Serviço de Auditoria Interna tem como missão verificar a existência, o funcionamento e a eficácia do modelo de controlo dos riscos e dos sistemas de controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, através de um acompanhamento objetivo, independente, sistemático e contínuo, realizando auditorias aos serviços ou processos considerados críticos e mais suscetíveis de risco. Até setembro de 2018 foram realizadas ações de auditoria ao Sistema de Gestão por objetivos – Balanced Scorecard e acompanhamento e monitorização do progresso do projeto POSEUR, bem como ações de follow-up à ação de auditoria realizada ao Serviço de Medicina Física e de Reabilitação e da ação de auditoria efetuada à dispensa de medicamentos em ambulatório – Farmácia.

P  
A  
S  
Alameda

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

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/2018\\_plano\\_prevencao\\_corrupcao.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/2018_plano_prevencao_corrupcao.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 stakeholders, nomeadamente ao nível da comunidade local.
RG 8 - Gestão do Conhecimento	Risco de inexistência ou ineficiência dos processos de captura, retenção, partilha e transferência de conhecimentos que conduzam a uma excessiva dependência. Fraco desenvolvimento de competências, desmotivação, problemas de sucessão, perda de conhecimento ou ineficiências operacionais no presente ou incapacidade operacional no futuro.

*Handwritten notes and signatures:*  
 P  
 ✖  
 33  
 Maria  
 ✖

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.

Z  
✱  
83  
Ava  
/

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.

2  
\*  
8  
Audi  
A

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 ativos 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.

R  
\*  
SB  
Kane  
X

No link abaixo remete-se para o relatório de 2018:

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/Relatorio\\_corrupcao17.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/Relatorio_corrupcao17.pdf)

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

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.

##### Gabinete de gestão da qualidade e do risco

1. Compete ao gabinete de gestão da qualidade promover e coordenar atividades 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 fatores causais e adotar 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 atualização 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 fatores 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 atualização 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 otimização 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. Identificação e descrição dos principais tipos de riscos (económicos, financeiros, operacionais e jurídicos) a que a entidade se expõe no exercício da atividade.**

##### **Risco Económico**

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

O Resultado Líquido no final de 2018 ascende a 16,0 milhões de euros negativos, com um EBITDA também negativo de 12,2 milhões de euros, o que representa uma melhoria em 9,8% dos resultados obtidos no período homólogo.

Os resultados alcançados nos últimos anos, evidenciam a manutenção de resultados líquidos negativos, revelando uma preocupação acrescida para a sustentabilidade económica e financeira deste Centro Hospitalar.

Z  
7  
SB  
Kane  
X

A estrutura de custos existente, no CHBM, não foi suportada pelos proveitos apurados no âmbito do modelo de financiamento, resultando num desequilíbrio financeiro. Os preços definidos no Contrato Programa para o pagamento dos serviços prestados aos beneficiários do SNS, foram claramente insuficientes e abaixo dos preços de mercado, condicionando fortemente a evolução dos proveitos totais.

### 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 2018 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:

### Risco Operacional

O Programa de Assistência Económica e Financeira a que o país esteve sujeito nos últimos anos veio condicionar fortemente o Investimento em áreas críticas, nomeadamente a renovação de equipamento em final de vida útil, assistindo-se a uma degradação progressiva dos equipamentos básicos colocando em risco a prestação de cuidados médicos.

### Risco Jurídico

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

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

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

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

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

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

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

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

A identificação dos riscos relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica 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. Com o objetivo de acompanhar as atividades no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas, neste Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM) encontra-se constituída uma Comissão de Acompanhamento da Prevenção de Corrupção (CAPC).

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

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

A informação financeira é produzida no Serviço Financeiro do CHBM, é avaliada pelo Revisor Oficial de Contas a quem cabe a sua certificação. O Conselho Fiscal avalia os SCI e emite Relatório e parecer com as conclusões e recomendações.

### **C. Regulamentos e Códigos**

#### **1. Referência sumária aos regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a entidade está legalmente obrigada, com apresentação dos aspetos mais relevantes e de maior importância. Indicação da hiperligação do sítio na internet da entidade onde estes elementos se encontram disponíveis para consulta.**

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

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

Handwritten notes in blue ink on the right margin, including the number '2', a star-like symbol, the number '53', and the word 'Aparece'.

A legislação que enquadra a orgânica e funcionamento do CHBM é a seguinte:

- O Decreto-lei nº 280/2009, de 6 de outubro, que cria o CHBM;
- O Decreto-lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro que determina o regime jurídico e estatutos dos Hospitais EPE;
- O Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro que define o regime jurídico do Sector Público Empresarial;
- O Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro que define o estatuto do SNS;
- Lei nº 48/90, de 24 de agosto, Lei de Base da Saúde.

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

Em 30/01/2014, e após consulta prévia dos trabalhadores em conformidade com o estabelecido no artigo 115.º, n.º 2 do Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas e artigo 99.º, n.º 2 do Código do Trabalho, foi aprovado o Regulamento do Horário de Trabalho 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. Referência à existência de um código de ética, com a data da última atualização, que contemple exigentes comportamentos éticos e deontológicos. Indicação onde este se encontra disponível para consulta, assim como indicação da forma como é efetuada a sua divulgação junto dos seus colaboradores, clientes e fornecedores. Informação sobre as medidas vigentes tendo em vista garantir um tratamento equitativo junto dos seus clientes e fornecedores e demais titulares de interesses legítimos, designadamente colaboradores da entidade, ou outros credores que não fornecedores ou, de um modo geral, qualquer entidade que estabeleça alguma relação jurídica com a entidade.**

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 (Enquadramento dos Princípios Orientadores do Código de conduta dos Serviços e Organismos do Ministério da Saúde) e ao Código do Procedimento Administrativo aprovado pelo Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de Janeiro, sendo enquadradas com as norma Portuguesa NP 4460-1:2017 e NP 4460-2:2010. Trata-se de uma sistematização das regras de conduta num documento público e partilhado que norteia a atuação responsável da Instituição e dos seus colaboradores. Visa personalizar de forma

clara a essência da Instituição e divulgar os princípios, valores e regras de conduta que regem a prossecução da sua missão. Encontra-se publicado no site do CHBM estando desta forma disponível para consulta para todos os colaboradores, utentes, clientes e fornecedores.

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. Referência à existência do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC) para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros), com a data da última atualização, assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação. Indicação relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor relativas à prevenção da corrupção e sobre a elaboração do Relatório Identificativo das Ocorrências, ou Risco de Ocorrências (vide alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro). Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da entidade onde se encontra publicitado o respetivo Relatório Anual de Execução do PGRIC.**

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

P  
7  
Kane  
A

“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.

Em 2018 foi reformulado o Plano de Prevenção de Riscos e infrações conexas, foi também elaborado o Relatório de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações conexas, tendo sido aprovado pelo Conselho de Administração a 22 de fevereiro de 2019.

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

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/2018\\_plano\\_prevencao\\_corrupcao.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/2018_plano_prevencao_corrupcao.pdf)

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/relatorio\\_corrupcao18.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/relatorio_corrupcao18.pdf)

#### D. Deveres Especiais de Informação

**1. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de informação a que a entidade se encontra sujeita, nomeadamente os relativos ao reporte de informação económica e financeira.**

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

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

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

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

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

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

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

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

**d) Orçamento anual e plurianual.**

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

**e) Documentos anuais de Prestação de Contas.**

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

São publicados no Site do CHBM e remetidos para a ARSLVT, ACSS, IGF e DGTF.

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

Z  
\*  
SB  
Alain  
A

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

**2. Indicação da Plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de transparência a que a entidade se encontra sujeita. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de transparência a que a entidade se encontra sujeita, nomeadamente os relativos a informação a prestar anualmente ao titular da função acionista e ao público em geral sobre o modo como foi prosseguida a sua missão, do grau de cumprimento dos seus objetivos, da forma como foi cumprida a política de responsabilidade social, de desenvolvimento sustentável e os termos de prestação do serviço público, e em que medida foi salvaguardada a sua competitividade, designadamente pela via da investigação, do desenvolvimento, da inovação e da integração de novas tecnologias no processo produtivo.**

A informação é disponibilizada no site do CHBM e através da plataforma da transparência do Portal do SNS.

## E. Sítio de Internet

**1. Indicação do endereço utilizado na divulgação dos seguintes elementos sobre a entidade:**

A informação relacionada com a atividade 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.º 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, caso aplicável, demais elementos mencionados no artigo 171.º do CSC.**

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

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

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

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 e, caso aplicável, semestrais;**

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

7  
X  
B  
Karies  
X

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

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/contrato\\_programa18\\_v2.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/contrato_programa18_v2.pdf)

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

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/termos\\_referencia\\_contratualizacao18.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/termos_referencia_contratualizacao18.pdf)

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 que tenha confiado à entidade a prestação de um serviço público ou de interesse geral, respeitante à remuneração dessa atividade.

O Contrato Programa do CHBM é celebrado anualmente com a Tutela, representada pela ARSLVT e define a atividade, os objetivos 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 apresentadas ao titular da função acionista e ao membro do governo responsável pelo respetivo setor de atividade, das quais deverão constar os seguintes elementos: Associação de metas quantitativas a custos permanentemente auditáveis; Modelo de financiamento, prevendo penalizações em caso de incumprimento; Critérios de avaliação e revisão contratuais; Parâmetros destinados a garantir níveis adequados de satisfação dos utentes; Compatibilidade com o esforço financeiro do Estado, tal como resulta das afetações de verbas constantes do Orçamento do Estado em cada exercício; Metodologias adotadas tendo em vista a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado e do grau de satisfação dos clientes ou dos utentes. A entidade deve apresentar evidência<sup>1</sup> do seguinte:

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

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;

<sup>1</sup> A evidência solicitada poderá consistir em declaração, no próprio RGS, que foi cumprido o disposto no n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE.

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

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

O contrato-programa de 2018 está divulgado no portal da intranet e através do sítio da internet:

[http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/contrato\\_programa18\\_v2.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/contrato_programa18_v2.pdf)

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

## VII. Remunerações

### A. Competência para a Determinação

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

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

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

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

A remuneração atribuída ao Conselho Fiscal é regulada pelo Despacho Conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e do Secretária de Estado da Saúde datado de 26 abril 2018, que determina o montante mensal de 869,37€ para o Presidente e de 652,03€ para os vogais, ambos pagos 14 vezes ao ano.

#### 2. Identificação dos mecanismos adotados para prevenir a existência de conflitos de interesses, atuais ou potenciais, entre os membros de órgãos ou comissões societárias e a entidade, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas.

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

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

Não existem despesas realizadas pelos membros do Conselho de Administração.

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

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

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

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

## **C. Estrutura das Remunerações**

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

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

A remuneração do conselho fiscal é fixada no despacho a que se refere o n.º 3, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação do hospital E. P. E., fixados na resolução do Conselho de Ministros a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público

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

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

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

Não aplicável, não existe uma componente variável da remuneração.

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

Não aplicável, não existe uma componente variável da remuneração.

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

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

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

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

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

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.

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

*Handwritten notes and signatures:*  
Z  
Handwritten signature  
Handwritten signature  
Handwritten signature  
Handwritten signature

Membro do Órgão de Administração Actual	Remuneração Anual 2018 (€)					
	Fixa	Variável	Bruta	Redução Remuneratória	Reversão Remuneratória	Valor Final
Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	76.090 €	NA	76.090 €	3.400,00 €		72.690,00 €
Sónia Maria Alves Bastos	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 €
Luis Filipe Pereira dos Santos Pinheiro	70.248 €	NA	70.248 €	3.122,00 €		67.126,00 €
António Manuel Silva Viegas	63.977 €	NA	63.977 €	2.852,00 €		61.125,00 €
<b>TOTAL</b>			<b>338.269,00 €</b>	<b>15.078,00 €</b>		<b>323.191,00 €</b>

Membro do Órgão de Administração Actual	Benefícios Sociais (€)							
	Valor do Sub. Refeição		Regime de Protecção Social		Seguro de Vida	Seguro de Saúde	Outras	
	Díário	Encargo anual da entidade	Entidade	Encargo anual da entidade	Encargo anual da entidade	Encargo anual da entidade		Encargo anual da entidade
Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	4,77 €	1.092,33 €	SS	17.263,94 €	NA	NA		
Sónia Maria Alves Bastos	4,77 €	1.073,25 €	CGA	14.517,21 €	NA	NA		
Eduardo Manuel Rodrigues	4,77 €	1.063,71 €	SS	14.517,21 €	NA	NA		
Luis Filipe Pereira dos Santos Pinheiro	4,77 €	1.082,79 €	CGA	15.942,47 €	NA	NA		
António Manuel Silva Viegas	4,77 €	1.058,94 €	CGA	14.517,21 €	NA	NA		
<b>TOTAL</b>		<b>5.371,02 €</b>		<b>76.738,04 €</b>				<b>- €</b>

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

Não aplicável, não existem entidades em relação de domínio.

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

Não aplicável, não existem lucros distribuídos.

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

Não se registaram pagamentos desta natureza em 2018.

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

Nome	Remuneração Anual 2018
Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge	8.327,59 €
Renato Felisberto Pinho Marques	6.245,72 €
José Manuel Gonçalves André	6.245,72 €
<b>TOTAL</b>	<b>20.819,03 €</b>

*Z*  
*7*  
*SB*  
*Kaua*  
*A*

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

Não aplicável, não existe mesa da Assembleia Geral previsto nos estatutos dos Hospitais EPE.

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

**1. Apresentação de mecanismos implementados pela entidade para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas<sup>2</sup> e indicação das transações que foram sujeitas a controlo no ano de referência.**

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

<sup>2</sup> Para efeitos do conceito de parte relacionada tenha-se em conta o que se encontra definido na NCRF 5 (Norma contabilística e de relato financeiro 5. Divulgações de Partes Relacionadas), e também no n.º 4 do artigo 63.º do CIRC (Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas).

*Z*  
*7*  
*33*  
*Alameda*  
*X*

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 2018, apuraram-se proveitos no valor global de 57,5 milhões de euros, distribuídos pelas seguintes rubricas:

PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS (SNS)	
	2018
Internamento	21.290.120 €
Consulta Externa	7.122.263 €
Urgência	6.095.140 €
Hospitais de Dia	664.611 €
GDH's de Ambulatório	11.178.956 €
Programas Verticais	5.520.805 €
Outros	5.618.266 €
<b>Total das Prestações de Serviço (SNS)</b>	<b>57.490.161 €</b>

## 2. Informação sobre outras transações.

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

As presentes Normas Gerais de Contratação de bens, serviços e empreitadas de obras públicas, estabelecem a disciplina aplicável à contratação pública do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, adiante designado por CHBM, EPE, ao abrigo do disposto no Código dos Contratos Públicos (CCP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 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, pela Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 149/2012, de 12 de julho e pelo Decreto -Lei n.º 111-B/2017 de 31 de Agosto.

As normas presentes no Regulamento de Contratação aplicar-se-ão no âmbito da Gestão de Compras, da responsabilidade exclusiva do Serviço de Aprovisionamento, que se encontra centralizada na Unidade do Barreiro do CHBM, EPE.

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

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)

*Z*  
*F*  
*SB*  
*Raneri*  
*X*

As transações relevantes com outras entidades, são as seguintes:

Entidade	Descrição	Valor
Roche - Farmaceutica, Lda.	Matérias Primas	1.911.367 €
Gilead Sciences,Lda	Matérias Primas	1.491.657 €
VIIIVH Healthcare, Unipessoal, Lda.	Matérias Primas	1.364.085 €
Abbvie, Lda	Matérias Primas	1.332.711 €
Janssen-Cilag Farmacêutica, Lda.	Matérias Primas	1.001.459 €
Tanagra Empreiteiros	Obras	886.074 €
MSD, Lda	Matérias Primas	551.970 €
Pfizer - Biofarmaceutica, Lda.	Matérias Primas	503.717 €
Abbott Laboratórios, Lda,	Matérias Primas	460.666 €
Novartis Farma, SA	Matérias Primas	412.228 €

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

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

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

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

NIF	Nome	Valor
501323325	UNISELF, Lda.	865.889,00 €
980122538	Eulen, SA	802.917,00 €
500900469	SUCH - Serv. Comum Hospitalar	768.907,00 €
502124083	Iberdrola, Lda.	555.707,00 €

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

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

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.

Z  
J  
23  
A  
A

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 2018. 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 execução do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes no Serviço Nacional de Saúde em realização 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 contribuíssem 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 com vista a garantir a eficiência económica, financeira, social e ambiental e a salvaguardar normas de qualidade.**

O CHBM mantém o seu empenho na diferenciação e distinção da atividade assistencial desenvolvida, destacando-se no ano 2018 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 com certificação renovada em 2018 e o Bloco Operatório foi certificado no 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.

De recordar que o CHBM já detém, desde 2015, de uma Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos (UDCP) renomeada em 2018 como "Humanizar" no âmbito do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes, tratando-se de um projeto inovador pois a equipa é constituída por elementos dos dois níveis de cuidados: cuidados de saúde primários (ACES Arco Ribeirinho) e cuidados hospitalares (Centro Hospitalar Barreiro Montijo).

Durante o ano 2018 mantiveram-se as negociações entre os 3 Hospitais da Península de Setúbal, para a aquisição conjunta de 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.

No decorrer de 2018, deu-se continuidade 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) Definição de uma política de responsabilidade social e de desenvolvimento sustentável e dos termos do serviço público prestado, designadamente no âmbito da proteção dos consumidores;**

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

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:

Handwritten notes and signatures in blue ink, including the letters 'P', 'S', and 'Blau'.

- ✓ 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.

*Z*  
*\**  
*8*  
*Flavio*  
*X*

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 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.

**c) Adoção de planos de igualdade tendentes a alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, a eliminar discriminações e a permitir a conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional;**

A igualdade de oportunidades entre homens e mulheres é um direito fundamental, constituindo um valor capital para a democracia.

Para que esta igualdade seja completamente conseguida, é necessário que seja exercida em todos os aspetos da vida individual e social.

A eliminação das desigualdades entre homens e mulheres é um objetivo que deve ser prosseguido por todos, com especial enfoque naqueles cuja influência e posicionamento serve de referencial social, como é o caso das Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde.

**Objetivos gerais**

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

**Objetivos específicos**

- Fomentar a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no CHBM.
- Contribuir para o desenvolvimento de medidas de conciliação da vida familiar e profissional.

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

#### Objetivos

- Garantir a igualdade de oportunidades e de tratamento entre homens e mulheres 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) Identificação das políticas de recursos humanos definidas pela entidade, as quais devem ser orientadas para a valorização do indivíduo, para o

Z  
X  
SB  
Kawer  
A

**fortalecimento da motivação e para o estímulo do aumento da produtividade, tratando com respeito e integridade os seus trabalhadores e contribuindo ativamente para a sua valorização profissional;**

- O Conselho de Administração tem promovido medidas que favoreçam a incorporação, a permanência e o desenvolvimento da carreira profissional das pessoas que participam na organização e em todos os níveis de responsabilidade, nomeadamente:
- Conciliação da vida pessoal com a vida profissional com o objetivo de aumentar a satisfação e a motivação dos colaboradores, possibilitando oportunidades de usufruto da vida privada e de investimento e dedicação à carreira profissional, 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) Informação sobre a política de responsabilidade económica, com referência aos moldes em que foi salvaguardada a competitividade da entidade, designadamente pela via de investigação, inovação, desenvolvimento e da integração de novas tecnologias no processo produtivo. Referência ao plano de ação para o futuro e a medidas de criação de valor para o acionista (aumento da produtividade, orientação para o cliente, redução da exposição a riscos decorrentes dos impactes ambientais, económicos e sociais das atividades, etc.).**

O projeto 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<sup>3</sup> relativamente à estrutura e prática de governo societário (vide artigo 54.º do RJSPE), através da identificação das medidas tomadas no âmbito dessas orientações. Para cada recomendação<sup>4</sup> deverá ser incluída:

- a) Informação que permita aferir o cumprimento da recomendação ou remissão para o ponto do relatório onde a questão é desenvolvida (capítulo, subcapítulo, secção e página);
- b) Em caso de não cumprimento ou cumprimento parcial, justificação para essa ocorrência e identificação de eventual mecanismo alternativo adotado pela entidade para efeitos de prossecução do mesmo objetivo da recomendação.

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 2018 foi adotado o modelo de estrutura aprovado pela UTAM, de acordo com o Manual de Instruções divulgado.

Assim e em observância dos princípios vigentes e das orientações recebidas, pode concluir-se que 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

<sup>3</sup> Reporta-se também às recomendações que possam ter sido veiculadas a coberto de relatórios de análise da UTAM incidindo sobre Relatório de Governo Societário do exercício anterior.

<sup>4</sup> A informação poderá ser apresentada sob a forma de tabela com um mínimo de quatro colunas: "Referência"; "Recomendação"; "Aferição do Cumprimento"; e "Justificação e mecanismos alternativos".

- ✓ 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 Conselho Fiscal, as contas são auditadas por um Revisor Oficial de Contas e mantém um sistema de controlo dos ativos (Remete-se para a certificação legal, relatório e parecer do 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.

7

S3

Kanier

OK

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

Não existem outras informações relevantes a prestar neste contexto.

## XI. Anexos do RGS

**1. Demonstração não financeira relativa ao exercício de 2018 que deverá conter informação referente ao desempenho e evolução da sociedade quanto a questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, igualdade de género, não discriminação, respeito pelos direitos humanos, combate à corrupção e tentativas de suborno (vide artigo 66.º-B do CSC) (aplicável às grandes empresas que sejam entidades de interesse público, que à data do encerramento do seu balanço excedam um número médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual – cfr. n.º 1 do mesmo artigo)<sup>5</sup>**

As demonstrações não financeiras encontram-se explanadas em anexo ao presente documento.

**2. Ata ou extrato da ata da reunião do órgão de administração em que haja sido deliberada a aprovação do RGS 2018.**

O extrato da ata de aprovações do RSG 2018 encontra-se em anexo.

**3. Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o n.º 2 do artigo 54.º do RJSPE.**

<sup>5</sup> O n.º 8 do artigo 66.º-B do CSC dispõe que “uma empresa que elabore um relatório separado do relatório de gestão, correspondente ao mesmo exercício anual, que inclua as informações exigidas para a demonstração não financeira previstas no n.º 2 e seja elaborado nos termos previstos nos n.ºs 3 a 6, fica isenta da obrigação de elaborar a demonstração não financeira prevista no n.º 1”. Assim, caso a entidade pretenda ser dispensada da apresentação da demonstração não financeira, constitui sua responsabilidade verificar se o RGS inclui toda a informação e cumpre todas as formalidades exigidas pela lei.

7

\*

88

Almeida

Almeida

Para efeitos de entrega da prestação das Contas de Gerência de 2018 do CHBM, foi autorizado pelo Exmo. Juiz Conselheiro do Tribunal de Contas a entrega das contas para o dia 31/05/2019 nos termos do Regulamento da 2.ª Secção, aprovado pela Resolução n.º 3/98, publicada no D.R. n.º 139, II Série, 19 junho.

No decorrer dos trabalhos de encerramento foram desenvolvidos pelo Revisor Oficial de Contas todos os procedimentos de revisão e auditorias às contas de 2018.

O Conselho Fiscal procedeu à análise do Relatório e Contas de 2018, bem como do Relatório do Governo Societário 2018, do qual resulta o respetivo parecer redigido em documento próprio.

No decorrer dos trabalhos de encerramento foram desenvolvidos pelo Revisor Oficial de Contas todos os procedimentos de revisão e auditorias às contas de 2018.

O CHBM procedeu á aprovação do Relatório de Contas que se encontra submetido na plataforma de prestação eletrónica de contas do Tribunal de Contas.

Nos termos do despacho conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e a Secretária de Estado da Saúde, para dar cumprimento ao regime constante na Lei nº 148/2015, de 9 de setembro, que aprova o Regime Jurídico da Supervisão de Auditoria para as entidades do Serviço Nacional de Saúde, foi nomeado um Conselho Fiscal para o CHBM, com efeitos à data da assinatura do referido despacho 26/04/2018.

#### **4. Declarações a que se refere o artigo 52.º do RJSPE.**

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.

#### **5. Ata da reunião da Assembleia Geral, Deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação por parte dos titulares da função acionista dos documentos de prestação de contas (aí se incluindo o Relatório e Contas e o RGS) relativos ao exercício de 2018.**

Ainda não foi emitido por parte dos titulares da função acionista, Despacho de aprovação da prestação das contas do ano 2018.

## O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

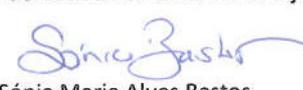
O Presidente do Conselho de Administração

  
Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes

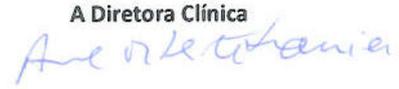
O Vogal do Conselho de Administração

  
João Pedro Mendes dos Santos

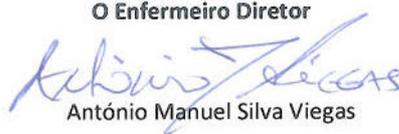
A Vogal do Conselho de Administração

  
Sónia Maria Alves Bastos

A Diretora Clínica

  
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier

O Enfermeiro Diretor

  
António Manuel Silva Viegas



2

7

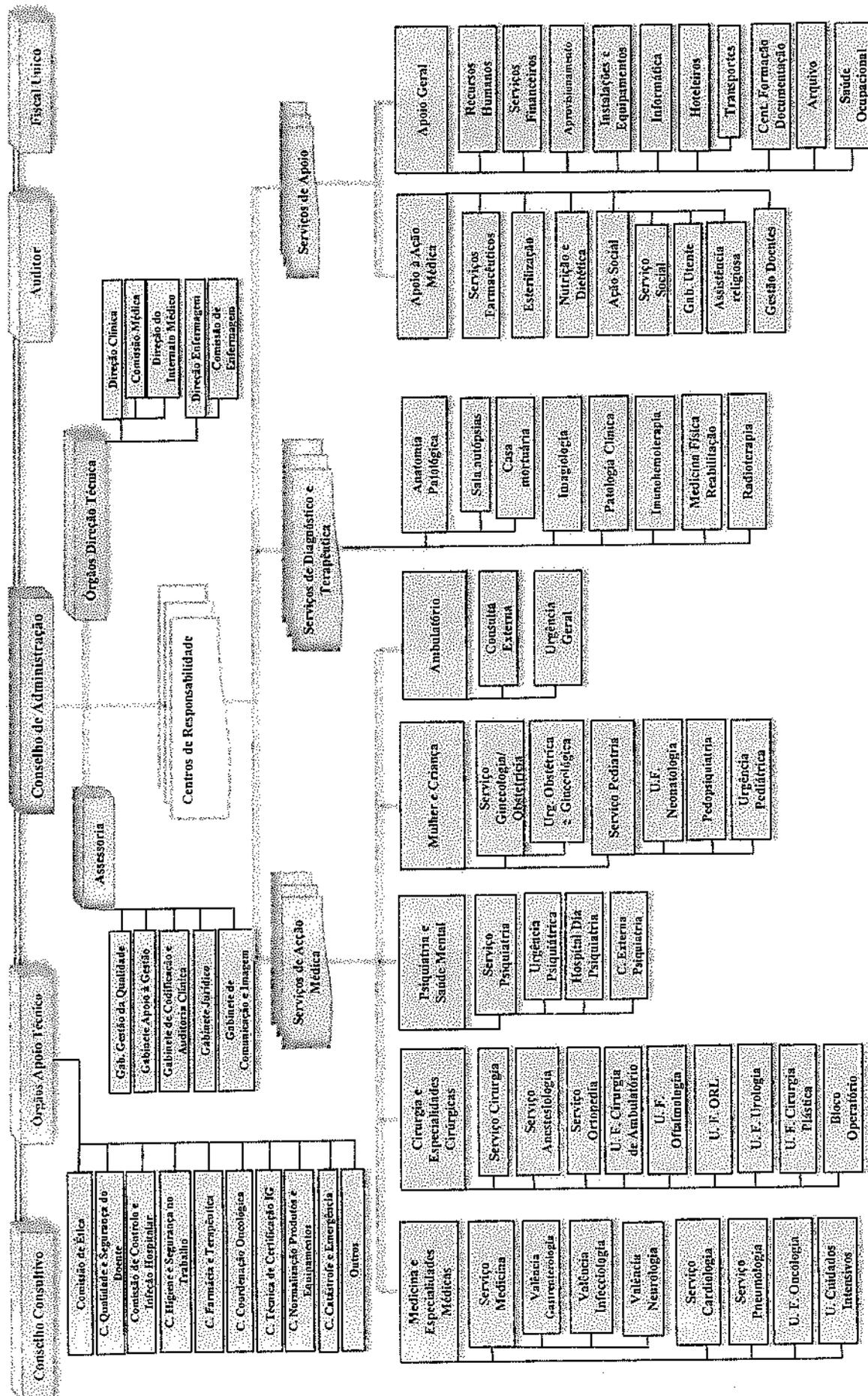
53

Kamir

A.

# ANEXOS

# 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, *Ritú 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 bolsheiro 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 processo 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 e cursos de formação, 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 (IGD) 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 EBDITA 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*

VIA. 3  
P

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.lopez@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

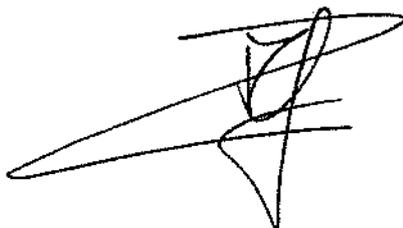
Cargo para que foi nomeado/eleito: Presidente do Conselho de Administração
Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 03/11/2016
Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2018

(\*): 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.

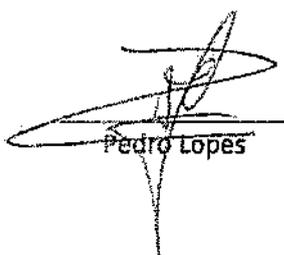
Arturo Manuel Sierra Vargas

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.

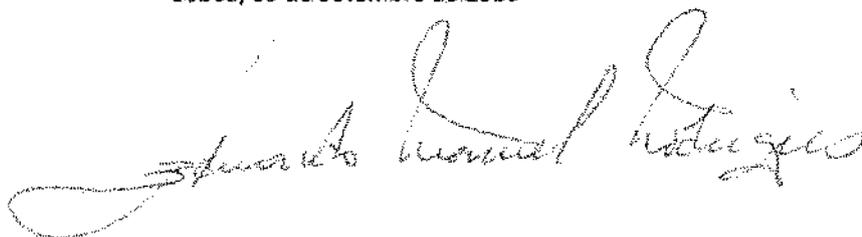
DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES E IMPEDIMENTOS PARA GESTOR PÚBLICO

(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*

## RELATÓRIO E PARECER DO CONSELHO FISCAL

### SOBRE O RELATÓRIO E CONTAS DE 2018 DO CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, EPE

#### 1. Enquadramento

1.1. O presente Relatório e Parecer destina-se a dar cumprimento às alíneas a) e h) do n.º 2 do artigo 16º dos Estatutos do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE (CHBM, EPE), constantes do Anexo II ao Decreto Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, e ao n.º 3 do artigo 3.º da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro, que aprova o Regime Jurídico da Supervisão de Auditoria, nos termos dos quais deve o Conselho Fiscal dar parecer sobre o relatório de gestão e elaborar relatório anual global sobre a sua ação fiscalizadora.

1.2. O atual Conselho Fiscal do CHBM, EPE foi nomeado por despacho conjunto das Secretarias de Estado do Tesouro e da Saúde em 26 de abril de 2018, tendo exercido as suas funções a partir dessa data.

Até à nomeação do atual Conselho Fiscal, a fiscalização do CHBM, EPE era assegurada por um Fiscal Único ao abrigo do quadro legal anterior ao previsto no Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

1.3. Em cumprimento do disposto no n.º 4 do artigo 15º dos Estatutos do CHBM, EPE, constantes do Anexo II ao Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, o Conselho Fiscal selecionou e apresentou aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde uma proposta fundamentada para a nomeação do Revisor Oficial de Contas para o período 2018-2020, que mereceu acolhimento favorável. Neste quadro, por despacho conjunto do Senhores Secretários de Estado do Tesouro e da Senhora Secretária de Estado da Saúde, de 14 de dezembro de 2019, foi nomeado Revisor Oficial de Contas para o referido período o Dr. João Paulo Torres Cunha Ferreira, em representação da BDO e Associados, SROC, Lda.

1.4. Na presente data as demonstrações financeiras relativas ao exercício de 2017 ainda não foram objeto de certificação legal de contas.

1.5. O Conselho Fiscal emite, assim, o presente Relatório relativo ao exercício de 2018, bem como o seu Parecer sobre o Relatório de Gestão e as Demonstrações Financeiras relativos a

W.  
A  
S'

31 de dezembro de 2018 aprovados pelo Conselho de Administração do CHBM, EPE em 24 de maio de 2019.

1.6. O presente Relatório e Parecer tem por base as informações, análises e documentos facultados pelo Conselho de Administração e serviços do CHBM, EPE, em relação ao exercício de 2018, bem como informações e documentos resultantes da auditoria efetuada pelo Revisor Oficial de Contas em referência ao mesmo exercício.

## 2. Síntese da atividade fiscalizadora

No âmbito do exercício das suas atribuições no decurso do ano de 2018, o Conselho Fiscal:

- a) Acompanhou a atividade desenvolvida pelo CHBM, EPE, nomeadamente através da leitura das atas do CA, da análise dos Relatórios Analíticos de Desempenho Económico-Financeiro e dos relatórios trimestrais de Execução Financeira (elaborados pela auditora interna referentes ao primeiro semestre do ano), bem como da apreciação de diversa informação de índole operacional, financeira e orçamental que entendeu pertinente solicitar;
- b) Debateu com os membros do Conselho de Administração os principais riscos e constrangimentos associados à atividade da instituição;
- c) Debateu com a responsável pela auditoria interna o modelo e os procedimentos de controlo interno instituídos, bem como os resultados da atividade realizada. Importando neste contexto referir que por motivo de cessação de funções da respetiva titular em outubro de 2018, o CHBM, EPE encontra-se desde essa data sem auditor interno, aguardando a breve trecho o início de funções do novo auditor interno entretanto selecionado;
- d) Reuniu com os responsáveis de vários serviços da entidade, nomeadamente os relacionados com a atividade financeira, administrativa e de planeamento e controlo;
- e) Analisou o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, bem como o respetivo Relatório de Acompanhamento relativo a 2018, aprovado pelo Conselho de Administração em 22 de fevereiro de 2019;
- f) Em conformidade com o previsto no n.º 4 do art.º 16º do dos Estatutos do CHBM, EPE, constantes do Anexo II ao Decreto Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, elaborou

M.  
M.  
S.

relatórios intercalares trimestrais;

- g) Acompanhou o processo de preparação e apresentação da informação financeira prospetiva e elaborou parecer sobre a proposta de orçamento do CHBM, EPE para 2019;
- h) Em conformidade com o enquadramento previsto na alínea d) do n.º 2 do artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, emitiu parecer relativo a um investimento destinado ao setor/unidade de radioterapia, envolvendo a aquisição de um acelerador linear e a adaptação física do bunker existente, necessária à instalação do novo equipamento;
- i) Verificou e acompanhou a independência da SROC nos termos legais, incluindo o previsto no n.º 2 do artigo 6.º do Regulamento (EU) n.º 537/2014, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de abril de 2014, não tendo a sociedade realizado quaisquer outros serviços, para além da auditoria às contas;
- j) Debateu com o revisor oficial de contas o planeamento e cronograma dos trabalhos conducentes ao processo de revisão legal das contas relativas ao exercício de 2018 e acompanhou a evolução desses mesmos trabalhos, incluindo a análise das principais conclusões.

### **3. Análise da Atividade e desempenho assistencial e económico-financeiro do CHBM, EPE**

3.1. O Plano de Atividades e Orçamento (PAO) para 2018, foi aprovado pelo Conselho de Administração em 15 de junho de 2018 e tanto quanto é do conhecimento do Conselho Fiscal ainda não foi objeto de aprovação pelas Tutelas.

A atividade desenvolvida pelo CHBM, EPE no exercício de 2018 teve também como principais referenciais de gestão o Acordo Modificativo ao Contrato Programa para 2018, celebrado com a Administração Central do Sistema de Saúde, IP e a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, em 28 de dezembro de 2017, bem como o Orçamento aprovado no âmbito do Orçamento do Estado.

3.2. Da atividade assistencial realizada em 2018 entendemos sublinhar os seguintes aspetos:

- a) Na área do internamento, assistiu-se a uma ligeira redução dos doentes saídos (-404 doentes), provocada pelo aumento de 0,5 dias da demora média.

M.  
A-  
G'

- b) Ao contrário, a atividade cirúrgica de ambulatório, em linha com o contrato programa, cresceu relativamente ao período homólogo (+368 cirurgias), correspondendo no final de 2018 a 59,2% do total da cirurgia programada (ou seja, +3,7 p.p. que em 2017). Sendo a tendência muito positiva de ambulatorialização cirúrgica, há no entanto, ainda muito espaço para crescer, face aos melhores desempenhos do grupo C, que já ultrapassam os 70%.
- c) A consulta externa em termos globais melhorou, à custa das consultas não médicas, porquanto nestas, seja 1as ou 2as consultas diminuíram, ficando aquém do previsto no contrato programa.
- d) A urgência continua a revelar um aumento da procura com +2,0% de doentes (+3.042 urgências médico-cirúrgicas).
- e) Na área dos tratamentos de ambulatório, salienta-se pela positiva o movimento registado pela radioterapia, que como sabemos, serve toda a península de Setúbal, com +729 tratamentos em 2018. O contrato programa previa um valor superior, mas as condições do equipamento, antigo e com avarias frequentes, não permitiu ir além dos 24.183 exames. Espera-se que a aquisição prevista para breve de novo acelerador linear, melhore a performance deste setor tão importante para a região de setúbal.

Salvaguardando os aspetos referidos anteriormente, em termos globais e considerando também a produção marginal, poderá afirmar-se que o desempenho assistencial do CHBM, EPE em 2018, compara bem com aquilo que foi contratado, isto é, correspondeu a 97,3% do contrato programa.

3.3. Na perspetiva económico-financeira e orçamental o CHBM, EPE tem vindo a debater-se com diversos constrangimentos decorrentes fundamentalmente dos valores associados aos contratos programa celebrados e às dotações anuais provenientes do Orçamento de Estado aprovadas se virem revelando insuficientes face aos valores constantes das respetivas demonstrações financeiras previsionais.

Assim, o referido Acordo Modificativo ao Contrato Programa para 2018, previa um valor global contratado de 61 908 907€ e tinha associado uma previsão de um resultado operacional antes de amortizações e depreciações (EBITDA) negativo de -15 374 241€ e de um resultado líquido de -19 786 160€.

M.  
L-  
G!

Por seu lado, o Plano de Atividades e Orçamento para 2018 previa um valor global de gastos de 88 641 889€ e de 68 855 729€ de proveitos, com um resultado líquido negativo de -19 786 160€ e um EBITDA de -15 374 241€.

Durante o ano de 2018 foi realizado um ajustamento ao Contrato Programa de 2018, com a atribuição de um subsídio para cobertura de custos de contexto no montante de 11 279 357€.

Complementarmente, nos termos do despacho Conjunto dos Secretários de Estado do Orçamento e Adjunto e da Saúde n.º 1642/2018, de 26 de outubro, o CHBM, EPE recebeu um reforço de capital em numerário, para cobertura de prejuízos transitados, no montante de 9 168 949€, que, de acordo com as orientações da ACSS, foi registado em resultados transitados.

Em termos orçamentais importa ainda referir que o CHBM, EPE recebeu no início de janeiro de 2018 o montante de 6 150 000€ relativos ao aumento do capital estatutário determinado pelo despacho do Secretário de Estado do Tesouro n.º 1265/2017, de 29 de dezembro.

Neste contexto as Demonstrações Financeiras de 2018 evidenciam um ativo no montante 41 899 655€, um passivo de 83 383 588€ e capitais próprios negativos no montante de -41 483 933€, incluindo um resultado líquido negativo de -15 906 656€, a que corresponde um EBITDA de -12 261 306€.

Os gastos relevados na demonstração de resultados ascenderam a 88 301 388€ e revelam-se inferiores em cerca de 300 mil€ aos previstos no PAO, enquanto os proveitos se situaram nos 72 016 257€, superando em cerca de 3,2 M€ o valor previsto no PAO para 2018.

Numa perspetiva mais analítica, e por referência aos valores apresentados no PAO 2018, entendemos sublinhar os seguintes aspetos:

- a) O valor da prestação de serviços integrável no CP foi inferior ao previsto em cerca de 4,4 M€, situação que, de acordo com o CHBM, EPE, está influenciada pela introdução das regras definidas na Circular Normativa nº 6/2019/ACSS de 21 de março, que estabelece que, para efeitos de reporte das demonstrações financeiras, o acréscimo de rendimentos respeitante à produção foi calculado tendo por referência o melhor desempenho relativamente aos 3 últimos contratos programa encerrados e resultante da aplicação da taxa de execução mais elevada de entre os contratos programa. Para

o ano de 2018 foi estabelecida pela ACSS uma taxa de execução de 92,8%, correspondente ao encerramento do Contrato Programa de 2014.

- b) O alinhamento do valor global dos gastos operacionais registado face ao previsto decorre fundamentalmente do comportamento dos gastos associados ao consumo de bens e aquisição de serviços que se situaram abaixo das previsões (-2,2 M€), o que permitiu compensar a superação registada nos custos com pessoal (+2 M€).

Como consequência da referida insuficiência de meios financeiros, agravaram-se as dificuldades de tesouraria, tendo o prazo médio de pagamentos passado de 269 dias em 31 de dezembro de 2017 para 287 dias em 31 de dezembro de 2018, registando nesta data pagamentos em atraso no montante de 8 036 113€.

#### **4. Cumprimento das orientações legais**

Relativamente ao cumprimento de disposições legais e outras orientações das tutelas de que tivemos conhecimento, e sem prejuízo dos aspetos já referidos em pontos anteriores deste relatório, entendemos destacar os seguintes que considerámos mais relevantes.

4.1. Em matéria de cumprimento da Unidade de Tesouraria do Estado (UTE), o CHBM, EPE utiliza serviços da banca comercial, nomeadamente serviços de Home Deposit. A dispensa de cumprimento integral da UTE foi concedida pelo despacho n.º 1104/16-SEATF, de 30 de outubro de 2016, tendo o respetivo pedido de dispensa sido renovado em março de 2019, aguardando diferimento por parte do IGCP.

De acordo com a informação divulgada no anexo às demonstrações financeiras, em 31 de dezembro de 2018 os saldos contabilísticos de disponibilidades depositadas na banca comercial ascendiam a 33 933€ e representavam 5,1% do montante global de fundos disponíveis da entidade nessa mesma data.

4.2. O CHBM, EPE assegurou a elaboração do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas para 2018 e elaborou o respetivo Relatório de Acompanhamento, que foi aprovado pelo Conselho de Administração em 22 de fevereiro de 2019.

4.3. Consideramos que o CHBM, EPE deu cumprimento ao referencial legal em vigor para 2018 relativamente aos ajustamentos às remunerações, nomeadamente quanto à redução remuneratória aplicável aos membros do Conselho de Administração, nos termos indicados

M.  
A-  
G!

no Relatório de Gestão.

4.4. Embora num quadro de cumprimento global do limite de custos operacionais previstos no PAO, os custos globais relativos a horas extraordinárias e prestações de serviços médicos superaram os valores registados em 2017, o que constitui um desalinhamento com o estabelecido no despacho conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e da Secretaria de Estado da Saúde, de 26 de agosto de 2018, emitido ao abrigo do disposto no n.º 5 do artigo 145.º do Decreto-Lei n.º 33/2018, de 15 de maio.

4.5. Em matéria de recursos humanos, o CHBM, EPE registou em 2018 um acréscimo de 34 efetivos face a 2017, situação que, de acordo com a informação prestada pelo CA, ocorreu no quadro de execução do despacho dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, de 29 de junho de 2018, ao abrigo do disposto no n.º 5 do artigo 145.º do Decreto-Lei n.º 33/2018, de 15 de maio.

4.6. O Relatório de Gestão não promove a divulgação da integralidade da informação prevista para o processo de prestação de contas de 2018 constante do ofício circular n.º 1115, de 12 de março de 2019, da Direção-Geral do Tesouro e Finanças, nomeadamente a relativa a gastos com deslocações e comunicações dos membros do órgão de gestão, à informação divulgada no sítio da internet do SEE e ao quadro síntese de cumprimento das orientações legais.

## **5. Apreciação dos documentos de relato e prestação de contas**

5.1. O Conselho Fiscal analisou o “Relatório de Atividades e Contas” relativo ao exercício de 2018, aprovado pelo Conselho de Administração em 24 de maio de 2019.

5.2. O Conselho Fiscal analisou o Relatório de Boas Práticas de Governo Societário relativo ao exercício de 2018, elaborado em cumprimento do n.º 1 do artigo 54.º do RJSPE e aprovado pelo Conselho de Administração em 24 de maio de 2019, verificando que o mesmo está genericamente conforme com o modelo divulgado pela UTAM e dele constam as informações reguladas no Capítulo II da legislação citada.

5.3. O Conselho Fiscal analisou ainda o relatório específico relativo à Demonstração não financeira prevista no art.º 66º-B do Código das Sociedade Comerciais, elaborado em separado pelo Conselho de Administração, tendo constatado que o mesmo contempla a

M.  
A-  
G!

generalidade das matérias previstas naquele dispositivo legal.

5.4. O Conselho Fiscal verificou também, salvaguardadas as situações referidas nos pontos 4.4 a 4.6, terem sido cumpridas as orientações da Direção-Geral do Tesouro e Finanças sobre o processo de prestação de contas referente a 2018, designadamente, quanto ao relato do cumprimento das orientações legais vigentes para o Setor Empresarial do Estado, incluindo o cumprimento das orientações relativas às remunerações vigentes em 2018.

5.5. O Conselho Fiscal apreciou a Certificação Legal das Contas de 2018 emitida pelo ROC em 31 de maio de 2019, da qual constam quatro reservas e três ênfases.

5.6. O Conselho Fiscal apreciou ainda o Relatório Adicional do Revisor Oficial de Contas referente ao exercício de 2018, emitido em 31 de maio de 2019 e enviado ao Órgão de Fiscalização ao abrigo do artigo 24º do Regime Jurídico de Supervisão de Auditoria, aprovado pela Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro, tendo debatido com os representantes da BDO o seu conteúdo, do qual constam todos os requisitos legalmente exigidos.

5.7. De acordo com a opinião expressa pelo Revisor Oficial de Contas nos documentos emitidos e referenciados nos pontos 5.5 e 5.6:

- a) O relatório de gestão, bem como o relatório de governo societário, foram preparados de acordo com os requisitos legais e regulamentares aplicáveis em vigor, a informação neles constante é concordante com as demonstrações financeiras auditadas e, tendo em conta o conhecimento e apreciação sobre o Centro Hospitalar, não foram identificadas incorreções materiais;
- b) O Centro Hospitalar preparou um relatório separado do relatório de gestão que inclui a informação não financeira, conforme previsto no art.º 66º-B do Código das Sociedades Comerciais, tendo o mesmo sido publicado juntamente com o relatório de gestão;
- c) No exame efetuado às demonstrações financeiras não foram identificadas deficiências significativas de controlo interno nem qualquer distorção material devido a fraude.

5.8. O Conselho Fiscal foi informado pelo Presidente do Conselho de Administração que o Relatório de Gestão e as Demonstrações Financeiras relativos aos exercícios de 2014, 2015, 2016 e 2017 carecem de aprovação ao abrigo do exercício da função acionista previsto na

alínea b) do n.º 2 do art.º 20º do DL nº 18/2017 e no artigo 38º do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial.

## 6. Parecer

Em face do exposto, e sujeito aos eventuais efeitos decorrentes das quatro reservas constantes da Certificação Legal das Contas, bem como da matéria referida no ponto anterior, e salvaguardadas as situações referenciadas nos pontos 4.4 a 4.6, o Relatório de Gestão, o Relatório de Boas Práticas de Governo Societário, as Demonstrações Financeiras e a proposta de aplicação dos resultados do exercício de 2018 merecem a concordância do Conselho Fiscal.

Finalmente, o Conselho Fiscal expressa o seu agradecimento ao Conselho de Administração, ao Revisor Oficial de Contas e aos principais responsáveis e colaboradores do CHBM, EPE pela colaboração prestada no exercício das nossas funções.

Barreiro, 11 de junho de 2019

A Presidente do Conselho Fiscal



Maria Leonor Bettencourt Silva Dantas Jorge

Os Vogais do Conselho Fiscal



Renato Felisberto Pinho Marques



José Manuel Gonçalves André

Exmo. Senhor  
**Dr. Fernando Medina**  
Presidente do Conselho Metropolitano  
Área Metropolitana de Lisboa  
Rua Cruz de Santa Apolónia, 23-25  
1100-187 Lisboa

V /Ref.ª:

Data: PC/136/2019

N/Ref.ª:

27. JUN 19 004123

Assunto: **Conselho Consultivo - pedido de nomeação**

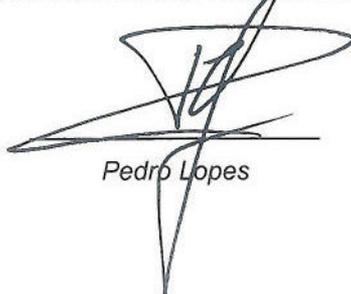
Vem o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, doravante CHBM, ao abrigo do artigo 21.º do Anexo II, do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, na sua última redacção, que estabelece os estatutos dos Hospitais EPE, expor e requerer a V. Ex.ª o seguinte:

1. O CHBM encontra-se desde o início de 2016 sem Presidente do Conselho Consultivo;
2. Com efeito, o Dr. António Afonso Reynaud de Melo Pires foi nomeado Presidente do Conselho Consultivo do CHBM pelo Despacho n.º 1505/2015, do Sr. Ministro da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 12 de fevereiro;
3. No final desse ano, em data que não é possível precisar, foi este Centro Hospitalar informado que o Dr. Melo Pires cessaria essas suas funções a partir de 2016, uma vez que se iria ausentar do país;
4. Até ao presente, não foi nomeado qualquer substituto;

Assim, porque já decorreram mais de três anos sobre essa data, e o conselho consultivo, não tendo presidente, não tem reunido nem exercido as suas competentes funções, nos termos dos artigos 5.º, al. d) e 21.º e seguintes, dos Estatutos dos Hospitais EPE, solicitamos a V. Ex.ª, nos termos do já citado artigo 21.º, n.º 1, al. a), a nomeação de personalidade de reconhecido mérito para o exercício das funções de Presidente do Conselho Consultivo do CHBM.

Com os melhores cumprimentos, *também de elevada estima pessoal*

O Presidente do Conselho de Administração



Pedro Lopes

## DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

(artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou outra legislação aplicável.



---

**Pedro Lopes**  
Presidente do Conselho de Administração

## DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

(artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou outra legislação aplicável.



---

**Luís dos Santos Pinheiro**  
— Diretor Clínico —

## DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

(artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Sónia Maria Alves Bastos, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou outra legislação aplicável.



---

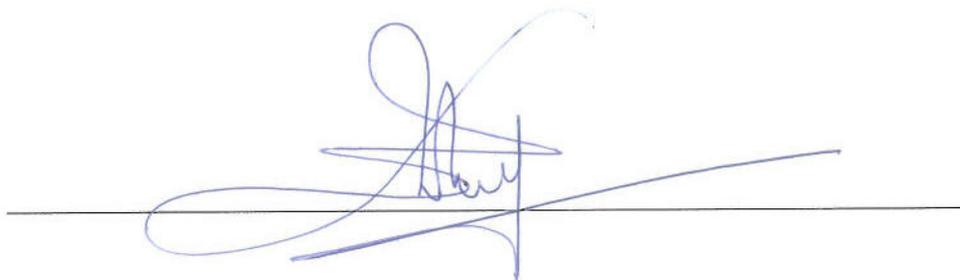
**Sónia Bastos**

*Vogal do Conselho de Administração*

## DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

(artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Eduardo Manuel Rodrigues, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou outra legislação aplicável.



## DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

(artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, António Manuel Silva Viegas, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou outra legislação aplicável.



---

**António Manuel Viegas**  
*Enfermeiro-Diretor*

## Deveres de informação dos gestores públicos

## IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO (829)

### - Nome: (11188)

Tipo: (S/text-short)

Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro

### - NIF: (11189)

Tipo: (N/numeric)

202041441.0000000000

### - Morada: (11190)

Tipo: (S/text-short)

Av. Miguel Bombarda, 16 R/C

### - Localidade: (11211)

Tipo: (S/text-short)

Lisboa

### - Código Postal: (11191)

Tipo: (S/text-short)

1050-165

**- Email: (11192)**

Tipo: (S/text-short)

luis.pinheiro@chbm.min-saude.pt

**- Telefone: (11193)**

Tipo: (N/numeric)

917490035.0000000000

## NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO (830)

### - Empresa/Entidade: (11194)

Tipo: (S/text-short)

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

### - NIPC: (11195)

Tipo: (N/numeric)

509186998.0000000000

### - Tipo de entidade: (11196)

Tipo: (L/list-radio)

(A1) - Empresa pública do sector empresarial do Estado

### - Endereço: (11197)

Tipo: (S/text-short)

Av. Movimento das Forças Armadas

**- Localidade: (11213)**

Tipo: (S/text-short)

Barreiro

**- Código Postal: (11198)**

Tipo: (S/text-short)

2834-003

**- Email: (11199)**

Tipo: (S/text-short)

admin@chbm.min-saude.pt

**- Telefone: (11200)**

Tipo: (N/numeric)

212052837.0000000000

**- Cargo para que foi nomeado/eleito: (11201)**

Tipo: (S/text-short)

Vogal Executivo (Director Clínico)

**- Data de início do mandato: (11202)**

Tipo: (D/date)

03/11/2016

**- Data prevista do termo do mandato: (11203)**

Tipo: (D/date)

31/12/2018

**- Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções?**

**(11204)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

**- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? (11217)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não

**- Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11206)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não

**- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11249)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não

**- Mantém relação com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerce funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse? (11208)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não

**- Declaração de conformidade. (11210)**

Tipo: (M/multiple-opt)

**Declaro, sob compromisso de honra, que todos os dados inseridos no formulário são verdadeiros, não contêm erros e correspondem à integralidade da informação relevante sobre Gestores Públicos. (11215)**

## Deveres de informação dos gestores públicos

## IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO (829)

### - Nome: (11188)

Tipo: (S/text-short)

Eduardo manuel Rodrigues

### - NIF: (11189)

Tipo: (N/numeric)

184506590.0000000000

### - Morada: (11190)

Tipo: (S/text-short)

Rua Cidade de Braga lote 6 Redondos

### - Localidade: (11211)

Tipo: (S/text-short)

Fernão Ferro

### - Código Postal: (11191)

Tipo: (S/text-short)

2865-512

**- Email: (11192)**

Tipo: (S/text-short)

eduardo.rodrigues@chbm.min-saude.pt

**- Telefone: (11193)**

Tipo: (N/numeric)

962049903.0000000000

## NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO (830)

### - Empresa/Entidade: (11194)

Tipo: (S/text-short)

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

### - NIPC: (11195)

Tipo: (N/numeric)

509186998.0000000000

### - Tipo de entidade: (11196)

Tipo: (L/list-radio)

(A1) - Empresa pública do sector empresarial do Estado

### - Endereço: (11197)

Tipo: (S/text-short)

Av. Movimento das Forças Armadas

**- Localidade: (11213)**

Tipo: (S/text-short)

Barreiro

**- Código Postal: (11198)**

Tipo: (S/text-short)

2834-003

**- Email: (11199)**

Tipo: (S/text-short)

admin@chbm.min-saude.pt

**- Telefone: (11200)**

Tipo: (N/numeric)

212052837.0000000000

**- Cargo para que foi nomeado/eleito: (11201)**

Tipo: (S/text-short)

Vogal Executivo

**- Data de início do mandato: (11202)**

Tipo: (D/date)

03/11/2016

**- Data prevista do termo do mandato: (11203)**

Tipo: (D/date)

31/12/2018

**- Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções?**

**(11204)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

**- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? (11217)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não

**- Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11206)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não

**- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11249)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não

**- Mantém relação com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerce funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse? (11208)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não

**- Declaração de conformidade. (11210)**

Tipo: (M/multiple-opt)

**Declaro, sob compromisso de honra, que todos os dados inseridos no formulário são verdadeiros, não contêm erros e correspondem à integralidade da informação relevante sobre Gestores Públicos. (11215)**

## Deveres de informação dos gestores públicos

## IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO (829)

### - Nome: (11188)

Tipo: (S/text-short)

Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes

### - NIF: (11189)

Tipo: (N/numeric)

196756030.0000000000

### - Morada: (11190)

Tipo: (S/text-short)

Rua Infante D. Pedro n.º4, Aroeira

### - Localidade: (11211)

Tipo: (S/text-short)

Charneca da Caparica

### - Código Postal: (11191)

Tipo: (S/text-short)

2820-066

**- Email: (11192)**

Tipo: (S/text-short)

pedro.m.lopes@chbm.min-saude.pt

**- Telefone: (11193)**

Tipo: (N/numeric)

212049310.0000000000

## NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO (830)

### - Empresa/Entidade: (11194)

Tipo: (S/text-short)

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE

### - NIPC: (11195)

Tipo: (N/numeric)

509186998.0000000000

### - Tipo de entidade: (11196)

Tipo: (L/list-radio)

(A1) - Empresa pública do sector empresarial do Estado

### - Endereço: (11197)

Tipo: (S/text-short)

Av. Movimento das Forças Armadas

**- Localidade: (11213)**

Tipo: (S/text-short)

Barreiro

**- Código Postal: (11198)**

Tipo: (S/text-short)

2834003

**- Email: (11199)**

Tipo: (S/text-short)

admin@chbm.min-saude.pt

**- Telefone: (11200)**

Tipo: (N/numeric)

212052837.0000000000

**- Cargo para que foi nomeado/eleito: (11201)**

Tipo: (S/text-short)

Presidente do Conselho de Administração

**- Data de início do mandato: (11202)**

Tipo: (D/date)

03/11/2016

**- Data prevista do termo do mandato: (11203)**

Tipo: (D/date)

31/12/2018

**- Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções?**

**(11204)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

**- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? (11217)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não

**- Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11206)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não

**- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11249)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não

**- Mantém relação com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerce funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse? (11208)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não

**- Declaração de conformidade. (11210)**

Tipo: (M/multiple-opt)

**Declaro, sob compromisso de honra, que todos os dados inseridos no formulário são verdadeiros, não contêm erros e correspondem à integralidade da informação relevante sobre Gestores Públicos. (11215)**

## Deveres de informação dos gestores públicos

## IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO (829)

### - Nome: (11188)

Tipo: (S/text-short)

Sónia Maria Alves Bastos

### - NIF: (11189)

Tipo: (N/numeric)

204481651.0000000000

### - Morada: (11190)

Tipo: (S/text-short)

Rua Futebol Clube de São Francisco nº 110 1º Frt.

### - Localidade: (11211)

Tipo: (S/text-short)

Alcochete

### - Código Postal: (11191)

Tipo: (S/text-short)

2890-482

**- Email: (11192)**

Tipo: (S/text-short)

sonia.bastos@chbm.min-saude.pt

**- Telefone: (11193)**

Tipo: (N/numeric)

969844432.0000000000

## NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO (830)

### - Empresa/Entidade: (11194)

Tipo: (S/text-short)

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE

### - NIPC: (11195)

Tipo: (N/numeric)

509186998.0000000000

### - Tipo de entidade: (11196)

Tipo: (L/list-radio)

(A1) - Empresa pública do sector empresarial do Estado

### - Endereço: (11197)

Tipo: (S/text-short)

Av. Movimento das Forças Armadas

**- Localidade: (11213)**

Tipo: (S/text-short)

Barreiro

**- Código Postal: (11198)**

Tipo: (S/text-short)

2834-003

**- Email: (11199)**

Tipo: (S/text-short)

admin@chbm.min-saude.pt

**- Telefone: (11200)**

Tipo: (N/numeric)

212052837.0000000000

**- Cargo para que foi nomeado/eleito: (11201)**

Tipo: (S/text-short)

Vogal Executivo

**- Data de início do mandato: (11202)**

Tipo: (D/date)

03/11/2016

**- Data prevista do termo do mandato: (11203)**

Tipo: (D/date)

31/12/2018

**- Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções?**

**(11204)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

**- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? (11217)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não

**- Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11206)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não

**- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11249)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não

**- Mantém relação com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerce funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse? (11208)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não

**- Declaração de conformidade. (11210)**

Tipo: (M/multiple-opt)

**Declaro, sob compromisso de honra, que todos os dados inseridos no formulário são verdadeiros, não contêm erros e correspondem à integralidade da informação relevante sobre Gestores Públicos. (11215)**

## Deveres de informação dos gestores públicos

## IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO (829)

### - Nome: (11188)

Tipo: (S/text-short)

António Manuel Silva Viegas

### - NIF: (11189)

Tipo: (N/numeric)

138096830.0000000000

### - Morada: (11190)

Tipo: (S/text-short)

Praçeta das Pátrias Livres nº 2B 2º Esquerdo

### - Localidade: (11211)

Tipo: (S/text-short)

Barreiro

### - Código Postal: (11191)

Tipo: (S/text-short)

2830-021

**- Email: (11192)**

Tipo: (S/text-short)

viegasprof@gmail.com

**- Telefone: (11193)**

Tipo: (N/numeric)

963261924.0000000000

## NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO (830)

### - Empresa/Entidade: (11194)

Tipo: (S/text-short)

Centro Hospitalar Barreiro/Montijo

### - NIPC: (11195)

Tipo: (N/numeric)

509186998.0000000000

### - Tipo de entidade: (11196)

Tipo: (L/list-radio)

(A1) - Empresa pública do sector empresarial do Estado

### - Endereço: (11197)

Tipo: (S/text-short)

Av. Movimento das Forças Armadas

**- Localidade: (11213)**

Tipo: (S/text-short)

Barreiro

**- Código Postal: (11198)**

Tipo: (S/text-short)

2834-003

**- Email: (11199)**

Tipo: (S/text-short)

admin@chbm.min-saude.pt

**- Telefone: (11200)**

Tipo: (N/numeric)

212052837.0000000000

**- Cargo para que foi nomeado/eleito: (11201)**

Tipo: (S/text-short)

Enfermeiro Diretor

**- Data de início do mandato: (11202)**

Tipo: (D/date)

03/11/2016

**- Data prevista do termo do mandato: (11203)**

Tipo: (D/date)

31/12/2018

**- Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções?**

**(11204)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

**- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? (11217)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não

**- Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11206)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não

**- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11249)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não

**- Mantém relação com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerce funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse? (11208)**

Tipo: (Y/yes-no)

Não

**- Declaração de conformidade. (11210)**

Tipo: (M/multiple-opt)

**Declaro, sob compromisso de honra, que todos os dados inseridos no formulário são verdadeiros, não contêm erros e correspondem à integralidade da informação relevante sobre Gestores Públicos. (11215)**