



Relatório de **GOVERNO SOCIETÁRIO**

Centro Hospitalar do Porto, EPE **2014**

Relatório de Boas Práticas de Governo Societário
adotadas em 2014



**NOTA Á PRESENTE VERSÃO DO RELATÓRIO DE GOVERNO SOCIETÁRIO DO
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO DE 2014 EMITIDO ORIGINALMENTE COM DATA
DE 28 DE ABRIL DE 2015:**

Na sequência do ofício da Direção Geral do Tesouro, Ref. DSPE/DPE/FM de 19/06/2015 com o assunto – Relatório de Governo Societário – em consequência da análise da Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público (UTAM) no seu Relatório de Análise nº 120/2015 de 9 de junho, o Relatório de Governo Societário do CHP de 2014 entregue na data de apresentação dos documentos de prestação de contas de 2014, remetidos à Direção Geral Tesouro e Finanças (DGTF) através do ofício nº 6202 de 30 de abril de 2015 registado com aviso de receção, foi à presente data revisto à luz das observações e pedidos de informação, sendo emitida a presente versão do Relatório de Governo Societário do CHP de 2014 com data de 01/07/2015.

Índice

I.	Missão, Objetivos e Políticas	4
II.	Estrutura de capital.....	12
III.	Participações Sociais e Obrigações detidas	13
IV.	Órgãos Sociais e Comissões	13
A.	Mesa da Assembleia Geral	13
B.	Administração e Supervisão	14
C.	Fiscalização	31
D.	Revisor Oficial de Contas (ROC)	32
E.	Auditor Externo.....	34
V.	Organização Interna.....	34
A.	Estatutos e Comunicações	34
B.	Controlo interno e gestão de riscos.....	36
C.	Regulamentos e Códigos.....	43
D.	Deveres especiais de informação	46
E.	Sítio de Internet.....	47
F.	Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral (se aplicável).....	47
VI.	Remunerações.....	48
A.	Competência para a Determinação	48
B.	Comissão de Fixação de Remunerações.....	49
C.	Estrutura das Remunerações.....	49
D.	Divulgação das Remunerações	50
VII.	Transações com partes Relacionadas e Outras.....	51
VIII.	Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económicos, social e ambiental.....	53
IX.	Avaliação do Governo Societário	56
	ANEXOS	58

I. Missão, Objetivos e Políticas

1. Missão, visão e valores

MISSÃO

O CHP é um hospital central e universitário pela sua associação ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, que visa a excelência em todas as suas atividades numa perspetiva global e integrada da saúde.

Tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados, competitivos e de referência, promovendo a articulação com os outros parceiros do sistema, a valorização do ensino pré e pós-graduado e da formação profissional, a dinamização e incentivo à investigação e, desenvolvimento científico na área da saúde.

VISÃO

Melhor Hospital para CUIDAR E TRATAR doentes, melhor LOCAL PARA TRABALHAR, destacando-se pelas BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS E DE GESTÃO.

VALORES

Saúde dos doentes e qualidade do serviço;

Orgulho e sentimento de pertença;

Excelência em todas as atividades, num ambiente que privilegia a qualidade e segurança;

Respeito pelas pessoas, trabalho de equipa e colaboração com outros profissionais;

Responsabilidade, integridade e ética.

ATRIBUIÇÕES

O CHP tem por objetivo principal a prestação de cuidados de saúde à população.

O CHP desenvolverá, complementarmente, atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos-programa em que se definam as respetivas formas de financiamento.

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

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

O CHP tinha como estratégia definida para o ano de 2014 as seguintes linhas estratégicas de desenvolvimento, a saber:

- Desenvolvimento da Área Materno-Infantil
- Integração com a Medicina Geral e Familiar
- Criação de Centros de Excelência
- Novas Áreas de Negócio com vista ao futuro
- Ambulatorização de Cuidados
- Reorganização definitiva da instituição
- Desenvolvimento da Qualidade Assistencial
- Reforço do Ensino, Formação e Investigação
- Estabilização Financeira com resolução dos défices estruturais

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

Após a análise da produção total do CHP, nas várias linhas de produção e comparativamente a períodos homólogos, analisaremos agora, na generalidade, o grau de concretização das metas de produção definidas em Contrato-Programa (para produção SNS), bem como dos objetivos de qualidade e eficiência também definidos em Contrato-Programa.

Desvios de Produção SNS

Linha de Produção	Realizado	Contratado	% Realização
Internamento			
GDH Médicos	16.950	16.645	101,8%
GDH Cirúrgicos Programados	11.208	11.351	98,7%
GDH Cirúrgicos Urgentes	4.986	5.050	98,7%
Consulta externa (consultas médicas)			
Primeiras	154.557	155.970	99,1%
Consultas com origem nos CSP referenciadas via CTH	43.510	45.300	96,0%
Consultas Telemedicina	345	400	86,3%
Consultas de Saúde Mental na Comunidade	619	770	80,4%
Consultas (sem majoração de preço)	110.083	109.500	100,5%
Subsequentes	464.372	468.863	99,0%
Consultas Telemedicina	0	0	0,0%
Consultas de Saúde Mental na Comunidade	2.968	3.499	84,8%
Consultas (sem majoração de preço)	461.404	465.364	99,1%
Hospital de Dia (sem gerar GDH)			
Hematologia	5.075	3.380	150,1%
Psiquiatria	3.753	4.990	75,2%
Outros	12.211	12.300	99,3%
Cirurgia de Ambulatório			
GDH Cirúrgicos Programados	15.577	16.500	94,4%
Ambulatório Médico			
GDH Médicos	8.961	8.800	101,8%
Urgência (sem internamento)			
Atendimentos	115.977	116.000	100,0%
Serviço Domiciliário			
Domicílios	2.063	1.665	123,9%

Nota: Valores realizados de acordo com o registo estatístico da EFR SNS; não têm em conta quaisquer conversão posterior de episódios para a EFR SNS.

De acordo com a análise dos principais desvios da produção SNS salienta-se o seguinte:

O movimento global do Internamento em GDH ficou 0,3% acima do valor contratualizado. Saliente-se, no entanto, que os GDH Médicos superaram o contratado em 1,8%, enquanto os GDH Cirúrgicos Programados e Cirúrgicos Urgentes ficaram 1,3% abaixo das metas contratadas.

De igual modo, a atividade do ambulatório, no que respeita aos GDH Médicos, ultrapassou os valores contratados em 1,8%, ao passo que os GDH Cirúrgicos distanciaram-se das metas contratadas em 5,6%.

A Consulta Externa ficou abaixo das metas previstas em 0,9% - as primeiras consultas em 0,9%, ao passo que as subsequentes ficaram aquém 1,0%. Importa salientar, que os valores apresentados já se encontram expurgados dos episódios associados aos programas

específicos de saúde, pese embora continuem a ser de difícil contabilização e acompanhamento.

Os valores do Hospital de Dia, no que respeita a sessões que não faturam por GDH, superaram largamente os valores de produção previstos na Hematologia, estando no entanto esta produção sujeita para efeitos faturação condicionada à verificação da inclusão de um conjunto mínimo de procedimentos conforme o estabelecido no capítulo VI ponto 3 da circular normativa nº 13/2014 da ACSS de 06-02-2014. No que respeita ao Hospital Dia de Psiquiatria, o desvio foi desfavorável em cerca de 25% e, no Hospital Dia Base os valores realizados ficaram ligeiramente aquém do previsto em 0,7%. Note-se que, apesar do desvio negativo, o impacto financeiro na execução do Contrato Financeiro é reduzido, dado o preço a que são remuneradas estas duas modalidades de Hospital Dia.

A Urgência sem destino Internamento ficou em linha com os valores contratados.

Os domicílios superaram largamente os valores previstos no Contrato Programa (+23,9%).

Objetivos de Qualidade e Eficiência

Áreas	Ponderação	Indicadores CP 2014	Meta	Realizado
Objetivos Nacionais (60%)				
A. Acesso (15%)	3%	A.1 Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas (%)	26,5%	24,7%
	3%	A.2 Percentagem de Utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado (%)	82,0%	89,5%
	3%	A.3 Peso das consultas externas com registo de alta no total das consultas externas (%)	15,0%	16,1%
	3%	A.4 Percentagem de doentes cirúrgicos tratados em tempo adequado (%)	93,0%	nd
	3%	A.5 Permilagem de Doentes Sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados (%)	19,0%	19,0%
B. Desempenho assistencial (25%)	4%	B.1 Demora Média	7,2	7,26
	4%	B.2 Percentagem de reinternamentos em 30 dias (%)	6,9%	7,2%
	4%	B.3 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo (%)	1,2%	1,3%
	4%	B.4 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas (%)	80,0%	80,9%
	3%	B.5 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total das cirurgias programadas (GDH) - para procedimentos ambulatorizáveis (%)	82,0%	79,9%
	3%	B.6 Percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos (%)	50,0%	33,5%
	3%	B.7 Taxa de registo de utilização da "Lista de Verificação de Atividade Cirúrgica" - Indicador referente à cirurgia segura (%)	97,0%	85,3%
C. Desempenho económico-financeiro (20%)	5%	C.1 Percentagem de custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e Fornecimentos e Serviços Externos III (selecionados) no total dos Custos com Pessoal (%)	13,4%	12,8%
	5%	C.2 EBITDA (€)	-3,4M€	7,9M€
	5%	C.3 Acréscimo de dívida vencida (fornecedores externos) (€)	<0	<0
	5%	C.4 Percentagem de proveitos operacionais extra contrato programa no total dos proveitos operacionais (%)	10,0%	7,1%
Objetivos da Região (40%)				
D. Objetivos Regionais (40%)	6%	Tempo de espera para a triagem médica da CE	9,8 dias	8,0 dias
	5,5%	Garantir o início do Tratamento da Retinopatia Diabética em 30 dias	100%	100%
	6%	Taxa de referência para a RNCCI (%)	6,0%	5,9%
	5,5%	Rácio Consultas Médicas / Urgências (%)	4,8	4,7
	5,5%	VV AVC – Percentagem de casos com diagnóstico principal de AVC Isquémico com registo de administração de trombolítico	13,0%	17,0%
	5,5%	Implementação das Equipas inter-hospitalares de Cuidados Paliativos	100,00	86,0
	6%	Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos	100,00	nd

Do Contrato-Programa do Centro Hospitalar para 2014 consta um conjunto de objetivos de qualidade e eficiência. Do cumprimento desses objetivos depende a atribuição de um incentivo que representa no seu total um montante de 11.764.999€ (5% do valor global do Contrato Programa) e para o qual o CHP é financiado na proporção do seu cumprimento.

À presente data aguarda-se a validação desses objetivos por parte da ARS Norte e ACSS. No entanto, da avaliação dos mesmos elaborada pelo próprio Hospital, tendo em conta a metodologia de avaliação para a definição de preços e fixação de objetivos do Contrato-Programa de 2014, e de acordo com a informação disponível no SICA – Sistema de Informação, Contratualização e Acompanhamento (mapa "Índice de Desempenho Global"), podemos constatar que:

- Relativamente ao Acesso, assumiu-se o cumprimento dos indicadores A.2, A.3 e A.5, com níveis de cumprimento iguais ou superiores a 100%. No que respeita ao A.1, a

taxa de execução fica-se pelos 93%, revelando alguma dificuldade de cumprimento da taxa de primeiras consultas – em parte resultado de uma rede de referenciação bastante restrita e não de uma inadequada resposta do Hospital em matéria de acesso, como aliás poderá ser demonstrado pelo cumprimento do indicador A.2 - Percentagem de Utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado, cuja meta era de 82% e o valor alcançado foi de 89,5%. Relativamente ao Indicador A.6, o CHP ainda aguarda informação da ACSS e ARS, que permita obter a sua avaliação de acordo com as fontes e os termos estabelecidos no BI do Indicador.

Assim, relativamente ao Acesso, e não considerando o indicador para o qual não existe informação, assegura-se para já um cumprimento global de 12,3% do valor do Incentivo (1.445.991€);

- No que concerne aos indicadores de Desempenho Assistencial, o indicador B.4 supera as metas previstas com nível de cumprimento superior a 100%. No indicador B.1 obtém-se uma taxa de execução de 99,2% e, os indicadores B.2, B.3 e B.5, apresentam níveis de execução superiores a 90% (96%, 92% e 97%, respetivamente). Os Indicador B.6 e B.7 apresentam níveis de execução mais baixos, de 67% e 88% respetivamente. Refira-se no entanto que, o Indicador B.6 – Percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos no total de embalagens de medicamentos, apresentava uma meta da tutela claramente ambiciosa, sobretudo se considerarmos que mesmo que os Hospitais prescrevam medicamentos genéricos não têm garantias de que sejam efetivamente cedidos pelas Farmácias, ou sejam a opção dos próprios doentes, o que limita a sua atuação no cumprimento da meta estipulada. Quanto à Taxa de registo de utilização da "Lista de Verificação de Atividade Cirúrgica" (indicador B.7), o valor alcançado de 85,3% embora aparentemente distanciado da meta estabelecida de 97% apresenta este ano clara melhoria face ao ano anterior (78,5%), demonstrando o empenho da instituição e dos seus profissionais na garantia da segurança cirúrgica aos doentes.

Ao nível do desempenho assistencial o conjunto de indicadores definidos atingiu no global 23% no total de 25%, assegurando no seu conjunto um valor de 2.718.832€.

- Os valores dos indicadores de Desempenho Económico-Financeiro, embora dependentes dos dados fecho das contas que por sua vez necessitam da estimativa relativa ao proveito relativo ao cumprimento desse indicador, foram na sua

generalidade superados com exceção do indicador C.4 - Percentagem de proveitos operacionais extra Contrato Programa no total dos proveitos operacionais cujo nível de cumprimento se ficou pelos 71%. Os elevados padrões de ocupação dos serviços e a necessidades de dar reposta à generalidade dos doentes, não ultrapassando os níveis de acesso estabelecidos por lei, obrigou-nos a relevar para segundo plano a preocupação do aumento dos proveitos extra Contrato Programa.

O cumprimento dos indicadores de Desempenho económico-financeiro fica próximo dos 18% em 20% assegurando um valor de cumprimento de 2.207.757€.

- No que respeita aos Objetivos Regionais relativos a Tempo de espera para a triagem médica da Consulta Externa e o indicador - VV AVC – Percentagem de casos com diagnóstico principal de AVC Isquémico com registo de administração de trombolítico foram superadas as metas estabelecidas (grau de cumprimento ajustado de 120%). Relativamente aos indicadores da Taxa de referenciação para a RNCCI e do Rácio Consultas Médicas / Urgências, as taxas de execução andaram pelos 98% nos dois indicadores. Quanto ao indicador Implementação das Equipas inter-hospitalares de Cuidados Paliativos, a avaliação da ARS conclui por um cumprimento de 86%. No indicador relativo à Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos, apesar do CHP continuar a manter boas referências nesta área, optamos por nada concluir, dada a ausência à data de comunicação da ARS quanto à avaliação da sua execução. No caso do indicador Garantir o início do Tratamento da Retinopatia Diabética em 30 dias, em data posterior ao fecho de contas veio a confirmar-se pela ARS o seu cumprimento a 100%.

Assim, no que respeita aos Indicadores Regionais, teremos um cumprimento próximo dos 35% em 40% (4.154.858€).

Em suma, avaliados os níveis de cumprimento dos indicadores, de acordo com as informações disponível à data, dados os constrangimentos de avaliação acima referidos, expurgando da avaliação alguns indicadores para os quais não existe ainda informação e tendo em conta alguma prudência, apontamos para um valor de incentivo de 10.527.435 € correspondente a 89,5% do valor global do Incentivo. Este valor poderá vir a revelar-se superior, caso venha a ser entretanto conhecida a avaliação por parte da ARS e ACSS dos restantes indicadores.

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

Fatores chave de que dependem os resultados da empresa:

- O CHP decorre da fusão do H. St. António, H. Maria Pia, Maternidade Júlio Dinis (todos em 2007), H. Joaquim Urbano (em 2011), Centro Genética Médica Dr. Jacinto Magalhães (em 2013), processos que decorreram sem a correspondente compensação financeira por via de aumento capital ou do próprio financiamento do CHP (verbas de convergência)
- Paralelamente, a Tutela ainda não realizou a última parte do reforço de capital social estabelecida em RCM aquando da criação do CHP (13,2M€) – relacionado com o CMIN.
- Do ponto de vista económico, o CHP apresenta pela primeira vez EBITDA equilibrado e positivo, não sendo ainda suficiente para o saldo acumulado desde a sua criação em 2007.
- Do ponto de vista financeiro, o CHP tem um elevado endividamento devido:
 - Desequilíbrio económico (muito decorrente das fusões)
 - Modelo de financiamento dos Hospitais, EPE (subfinanciamento da atividade hospitalar)
 - Elevado investimento estrutural em curso (CMIN) sem financiamento garantido na totalidade
- Áreas de referenciação limitativas que condicionam a procura do CHP pelos utentes, conduzindo a constrangimentos num potencial aumento da produção.

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

As orientações definidas pelo Ministério da Saúde designadamente as relativas à política sectorial e às orientações do ponto vista estratégico, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível do serviço público a prestar pelo CHP, são obtidas anualmente, através da Metodologia do Contrato Programa. A elaboração do Contrato Programa obedece às orientações da metodologia, com a definição dos objetivos a alcançar ao nível da produção, dos indicadores de qualidade assistencial e do desempenho económico-

financeiro. O Contrato Programa é sujeito a negociação e formalizado mediante a assinatura pelo CHP e pela Tutela.

A execução do Contrato Programa é internamente monitorizado através dos suportes de informação para a Gestão existentes no CHP, bem como através de relatórios e outra informação produzidos para a Tutela. A monitorização é efetuada mensalmente com a análise dos desvios identificados para posteriores medidas corretivas, nomeadamente as identificadas e discutidas em reunião de Quadros dirigentes, o Conselho e Administração e as direções de Serviços e Departamentos.

II. Estrutura de capital

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

O capital estatutário do CHP é atualmente de 142.704.000€ detido na totalidade pelo Estado, podendo ser aumentado ou reduzido por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde.

A Resolução do Conselho de Ministros (RCM) 38-A/2007 de 28 de Fevereiro estipulou um aumento de capital estatutário, faseado e em função do ritmo de concretização dos investimentos previstos no plano de negócios no valor total de € 76.100.000, reprogramado em 2008 pela RCM 116/2008, de 23 de Julho, da seguinte forma:

Capital estatutário a subscrever	Total	2007	2008	2009	2010
	76.100.000€	6.758.000€	26.289.000€	28.489.000€	14.564.000€

Para o período compreendido de 2007 a 2009 inclusive, a dotação de capital subscrito foi integralmente realizado pela Tutela. No entanto, em 2010 foi realizado apenas 1.378.000 euros da dotação prevista de capital estatutário, tendo ficado por realizar o montante de 13.186.000 euros.

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

Não aplicável.

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

Não aplicável.

III. Participações Sociais e Obrigações detidas

1. Identificação das pessoas singulares (órgãos sociais) e/ou coletivas (empresa) que, direta ou indiretamente, são titulares de participações qualificadas noutras entidades, com indicação detalhada da percentagem de capital e de votos imputáveis, bem como da fonte e da causa de imputação.

Não aplicável.

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

Não aplicável.

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

Não aplicável.

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

Não aplicável.

IV. Órgãos Sociais e Comissões

A. Mesa da 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), assim como a remuneração relativa ao ano em referência. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).

Não aplicável.

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

Não aplicável.

B. Administração e Supervisão

1. Identificação do modelo de governo adotado

A administração e fiscalização está estruturada nos termos do Decreto-Lei nº233/2005 de 29 de Dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº244/2012 de 9 de Dezembro.

São Órgãos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E:

- a) O Conselho de Administração;
- b) O Fiscal Único;
- c) O Conselho Consultivo

2. Indicação das regras estatutárias sobre procedimentos aplicáveis à nomeação e substituição dos membros do Conselho de Administração

A nomeação, composição, competências, funcionamento, vinculação e mandato do conselho de administração regem-se pelos artigos 6º, 7º, 11º, 12º e 14º dos estatutos, anexo II do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro, republicado no Decreto-Lei nº 244/2012 de 9 de novembro.

Aos membros do conselho de administração aplica-se o estatuto de gestor público, aprovado pelo Decreto-Lei nº 71/2007 de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 8/2012 de 18 de janeiro, sem prejuízo do disposto no artigo 20º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Conforme artigo 12º do estatuto do gestor público, os gestores públicos “são designados por nomeação ou por eleição. A nomeação 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 respectivo sector de actividade”.

Nesta conformidade, os membros do Conselho de Administração do CHP para o mandato de 2014-2016 foram nomeados pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2014, de 30 de janeiro e para o mandato de 2011-2013 pelo Despacho Ministerial nº 15838/2011.

3. Caracterização da composição do Conselho de Administração, 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, com indicação da alteração do mandato durante o ano de reporte

Atualmente a composição do Conselho de Administração é a seguinte, conforme Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2014, de 30 de janeiro, publicada no Diário da República, 2ª Série - n.º 28 de 10 de fevereiro de 2014:

Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação	
			Documento	Data
2014-2016	Presidente	Fernando José Montenegro Sollari Allegro	Resolução n.º 5/2014	30-01-2014
2014-2016	Vogal	Élia do Céu Costa Gomes	Resolução n.º 5/2014	30-01-2014
2014-2016	Vogal	Rui Manuel Oliveira Pedroso	Resolução n.º 5/2014	30-01-2014
2014-2016	Diretor Clínico	Paulo Jorge Barbosa Carvalho	Resolução n.º 5/2014	30-01-2014
2014-2016	Enfermeiro Diretor	Alfredo Eduardo Argulho Alves	Resolução n.º 5/2014	30-01-2014

Conforme artigo 6º dos Estatutos, o conselho de administração é composto pelo presidente e um máximo de quatro vogais, que exercem funções executivas, em função da dimensão e complexidade do hospital, sendo um dos membros o diretor clínico e outro o enfermeiro diretor.

A composição do Conselho de Administração no mandato anterior foi a seguinte:

Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação	
			Doc (1)	Data
2011 - 2013	Presidente	Fernando José Montenegro Sollari Allegro	Despacho Ministerial nº 15838/2011	14-11-2011
2011 - 2013	Vogal	Élia do Céu Costa Gomes	Despacho Ministerial nº 15838/2011	14-11-2011
2011 - 2013	Vogal	Luís Carlos Fontoura Porto Gomes	Despacho Ministerial nº 15838/2011	14-11-2011
2011 - 2013	Diretor Clínico	Paulo Jorge Barbosa Carvalho	Despacho Ministerial nº 15838/2011	14-11-2011
2011 - 2013	Enfermeiro Diretor	Alfredo Eduardo Argulho Alves	Despacho Ministerial nº 15838/2011	14-11-2011

Este Conselho de Administração, com a composição acima referida, apenas esteve em vigência durante um mandato.

4. Distinção dos membros executivos e não executivos do Conselho de Administração

Conforme a Resolução de Conselho de Ministros n.º5/2014, de 5 de Janeiro de 2014, todos os vogais membros do Conselho de Administração foram nomeados vogais executivos.

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

16

A. Presidente CA – Fernando José Montenegro Sollari Allegro

SINOPSE CURRICULAR

Montenegro Sollari Allegro, Fernando José, Português, nascido a 27 de janeiro de 1947

Experiência Profissional:

Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto entre 15 de novembro de 2011 e a presente data;

Diretor do Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Porto de março de 2011 até 14 de novembro de 2011;

Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto de outubro de 2007 a junho de 2009, em que solicitou exoneração por motivos de saúde;

Presidente do Conselho de Administração do Hospital Geral de Santo António do Porto de agosto de 2002 a outubro de 2007;

Diretor Clínico do Hospital Geral de Santo António do Porto de março de 2000 a agosto de 2002;

Foi Presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica entre março de 2000 e agosto de 2002;

É Professor Associado da disciplina de Medicina, área de gastrenterologia, do curso de Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;

Fez Concurso Público para a vaga de Chefe de Serviço da Carreira Médica Hospitalar em fevereiro de 1998;

Foi membro do júri em três concursos para Chefe de Serviço da carreira Médica Hospitalar;

Foi membro da Comissão de Infecção Hospitalar;

Foi Auditor de Qualidade da bolsa de Auditores do Instituto de Qualidade em Saúde;

Foi membro do programa de transplantação hepática desde novembro de 1996 até agosto de 2003;

Em outubro de 1994 foi nomeado professor auxiliar convidado da disciplina de Gastrenterologia da licenciatura em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;

Em maio de 1994 foi nomeado responsável pela gestão do Centro de Endoscopia Digestiva do Hospital Geral de Santo António, cargo que exerceu até fevereiro de 2000;

Em março de 1994, com publicação no Diário da República, 2.ª série, foi aprovado no concurso de habilitação ao grau de consultor de gastrenterologia da carreira médica hospitalar;

Foi membro do júri em sete concursos do exame final de Internato de Gastrenterologia;

Foi monitor dos internatos de Gastrenterologia do Hospital Geral de Santo António de outubro de 1991 a fevereiro de 2000;

Foi Assistente Eventual de Gastrenterologia de julho de 1986 até julho de 1991 no Hospital Geral de Santo António, tendo sido admitido no quadro do mesmo hospital, após concurso público, a 6 de julho de 1991;

É membro do Colégio de Especialidade de gastrenterologia da Ordem dos Médicos, tendo sido aprovado por unanimidade, em junho de 1986;

Educação e Formação:

Licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Teresópolis, Rio de Janeiro, Brasil, tendo obtido equivalência pelas Faculdades de Medicina Portuguesas em 1978;

Fez Internato de Especialidade de Gastrenterologia no Hospital Geral de Santo António que concluiu em julho de 1986 após prestar provas públicas;

Frequentou, tendo sido aprovado em todas as matérias, o curso pós-graduado do mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia de Coimbra em 2001 e 2002;

Concluiu com mérito em dezembro de 2005 o programa de Alta Direção de Instituições de Saúde organizado pela Escola de Direção e Negócios (AESE);

Aptidões e competências pessoais:

Domínio em compreensão e conversação das línguas Inglesa, Francesa e Espanhol.

B. Diretor Clínico – Paulo Jorge Barbosa Carvalho

SINOPSE CURRICULAR

Paulo Jorge Barbosa Carvalho nasceu a 30/03/1962, no Porto.

Licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina da UP, que concluiu em outubro de 1986, com a média final de 13 valores. Completou o Internato Complementar de Medicina Interna em julho de 1995 com classificação final de 18,4 valores no HGSA, em 1996 tomou posse como Assistente Hospitalar de Medicina Interna do quadro do Hospital Geral de Santo António, com a classificação de 19 valores. Desde janeiro de 2005 que é assistente graduado de Medicina Interna.

Como formação complementar realizou um estágio de Reumatologia com a duração de seis meses no Hospital Cochin na cidade de Paris (diretor: Prof. Dr. Charles Menkes).

Nos últimos anos tem também estado ligado à área da gestão em saúde tendo frequentado em 2007, o Mastering Health Care Finance da Harvard Medical International.

De 2006 a 2009 foi consultor da Entidade Reguladora da Saúde, tendo pertencido à comissão coordenadora do projeto SINAS desta entidade (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde). Durante o ano de 2009 frequentou, com aproveitamento, o Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (PADIS).

Funções desempenhadas no Centro Hospitalar do Porto/HGSA:

Foi Gestor da Consulta do Serviço de Medicina janeiro de 2000 até agosto de 2008.

Entre novembro de 2004 e agosto de 2009 pertenceu ao Conselho de Gestão do Departamento de Medicina do CHP na qualidade de adjunto do Diretor do Departamento.

Foi membro eleito do Conselho Geral do HGSA até à sua extinção por força da passagem do hospital a sociedade anónima.

Fez parte do Conselho de Formação do Departamento de Formação e Ensino pós -graduado do HGSA-SA.

Diretor do Serviço de Medicina Interna do CHP entre setembro de 2008 e junho de 2009.

Diretor Clínico do CHP desde junho de 2009.

Presidente da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica desde a sua criação em fevereiro de 2013.

Professor Auxiliar Convidado da disciplina de Clínica Médica do 5.º ano da licenciatura de Medicina do ICBAS.

Outras funções:

É membro Agregado da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (S.P.M.I.).

É o vice -presidente do Núcleo de Estudo de Doenças Auto-imunes (NEDAI) da SPMI;

É membro da British Society of Rheumatology e do American College of Rheumatology.

É membro da Comissão Mista, órgão que dirige o Mestrado Integrado de Medicina do ICBAS, integrando o ciclo clínico e o ciclo básico.

Pertenceu à comissão que realizou a acreditação dos serviços dos hospitais portugueses candidatos ao ensino médico em parceria com o Imperial College.

Tem 164 trabalhos apresentados em reuniões científicas (trabalhos de investigação clínica e conferências) com cerca de 60 % apresentadas em reuniões internacionais.

Tem 44 publicações a grande maioria em revistas de carácter internacional.

É coautor do livro “O que é a Artrite Reumatóide “ destinado aos doentes com esta patologia.

É coautor do livro de “guide –lines” de diagnóstico e tratamento das doenças auto -imunes elaborado pela Unidade de Imunologia Clínica do CHP.

É coautor de um “software” informático para o registo eletrónico das consultas de doenças auto-imunes a nível nacional e desenvolvido sob a égide do NEDAI.

C. Enfermeiro Diretor - Alfredo Eduardo Argulho Alves

SINOPSE CURRICULAR

Alfredo Eduardo Argulho Alves, nascido a 27 de julho de 1959, em Picote — Miranda do Douro.

Habilitações académicas: Licenciatura em Enfermagem.

Habilitações profissionais:

Curso Geral de Enfermagem pela ESE D. Ana Guedes, Porto;

Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto;

Curso de Estudos Superiores Especializados em Administração dos Serviços de Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição, Porto.

Categoria profissional — Enfermeiro Supervisor do mapa de pessoal do CHP, EPE.

Atividade Profissional:

De 19 de dezembro de 1983 a 14 de outubro de 1998 — Funções como Enfermeiro no Serviço de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência do Hospital Geral de Santo António;

De 15 de outubro de 1998 a 31 de julho de 2000 — Funções como Enfermeiro Especialista, área Médico -Cirúrgica, no Serviço de Urgência e Serviço de Urologia do Hospital Geral de Santo António;

De 01 de agosto de 2000 a 31 de agosto de 2002 — Funções em regime de requisição na Divisão de Gestão de Recursos Humanos da ARS Norte;

De 1 de setembro de 2002 a 07 de outubro de 2007 — Enfermeiro Diretor do Hospital Geral de Santo António;

De 08 de outubro de 2007 até à presente data, Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar do Porto, EPE.

Valorização profissional:

Participação em eventos científicos tendo proferido mais de duas dezenas de palestras;

É autor ou coautor de alguns artigos científicos publicados em revistas médicas e de enfermagem;

Frequentei com aproveitamento o «V PADIS - programa de Alta Direção de Instituições de Saúde», realizado no Porto entre outubro e dezembro de 2006;

Mastering Health Care Finance - Internacional Executive Program, organizado pelo Institute of Health Economics and Management da Université de Lausanne.

D. Vogal do CA – Élia do Céu Costa Gomes

SINOPSE CURRICULAR

Élia do Céu Costa Gomes, Portuguesa, nascida a 7 de julho de 1951.

Qualificações Académicas:

Licenciatura em Direito, pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra - 1978

Pós-graduação em Administração Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública - 1982.

Atividade Profissional/Cargos:

1982 a 1985 - Exerceu funções no Gabinete de Planeamento e no Serviço de Aprovisionamento dos Hospitais da Universidade de Coimbra, onde foi diretora do Serviço.

1985 - Precedendo concurso inicia funções como Administradora de 3.^a Classe no Centro Hospitalar do Vale do Sousa onde integrou o Conselho de Gerência, exercendo as funções consignadas no Decreto-Lei n.º 30/77, para os Administradores Principais.

1988 - Precedendo concurso inicia funções no Hospital de São João como administradora de 2.^a classe, posteriormente nomeada Administradora de 1.^a classe.

1990 - Nomeada Administradora-Delegada do Hospital Distrital de Valongo.

1996 - Nomeada Administradora-Delegada do Hospital de Magalhães Lemos.

2000 - Retoma funções no Hospital de S. João do Porto como Administradora do Centro de Responsabilidade de Oftalmologia.

De junho de 2000 a 2008 - Nomeada Administradora Delegada do Hospital Geral de Santo António e posteriormente Vogal Executiva do Conselho de Administração do HGSA, SA e HGSA, EPE.

2008 - Nomeada Vogal Executiva do Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E. P. E.

2011 - Nomeada Vogal Executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto, EPE, cargo que exerce até à presente data.

Formação Relevante:

2005 - PADIS - Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (AESE)

2006 - Curso de Controlo de Gestão e Avaliação de Performance, (EGP - UPBS)

2007 - Mastering Health Care Finance (Harvard Medical International/Institute of Health Economics/Escola de Negócios da Universidade do Porto).

2012 - Sensibilização sobre as novas regras de contratação pública e a sua aplicação nos Hospitais EPE - (Instituto Nacional da Administração and Management, em colaboração com o Centro Hospitalar do Porto).

2013 - Training Program in Health Economics and Health Technology Assessment (HTA) - Università Bocconi, Milano, Italy.

2013 - Kaizen Strategy (Instituto Kaizen).

E. Vogal do CA – Rui Manuel Oliveira Pedroso

SINOPSE CURRICULAR

Rui Manuel Oliveira Pedroso, nascido em 1970, natural de Valbom, Gondomar, distrito do Porto. Residência: Rua Eng.º Custódio Guimarães, 120 1.º Hab. 1 - 4100-006

22

Síntese das habilitações literárias e académicas:

Licenciatura em Gestão Financeira pela IESF - Instituto de Estudos Superiores Financeiros e Fiscais (1990 -1995).

Pós-Graduação em Gestão de Unidade de Saúde pela Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Ciências Económicas Empresariais (2004).

Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (PADIS) pela AESE - Associação de Estudos Superiores de Empresa (2006).

Frequência de vários cursos de formação de economia e gestão, em especial nas áreas de “Corporate Governance”, Gestão Hospitalar, Finanças, entre outras.

Estágios e visitas a grupos Hospitalares, nomeadamente em Espanha e Alemanha.

Síntese da atividade profissional:

Analista, Trader e Consultor financeiro em Mercados Financeiros Internacionais (1995 a final de 1999).

Diretor Geral de empresas financeiras, com relacionamento com entidades supervisoras como CMVM e Banco de Portugal (1997 a Final de 1999).

Diretor Geral de empresas nas áreas das novas tecnologias, com enfoque em informação financeira (2000 a set-2001).

Diretor Executivo de Espaço Atlântico - Formação Financeira, SA, na área da formação Profissional, Licenciaturas e ensino Pós-Graduado (set 2001-set 2002).

Professor convidado de várias entidades formativas, em temáticas como Mercados Financeiros, Análise Financeira, Avaliação de Obrigações, Gestão de Empresas, ao nível da formação Profissional, Licenciaturas e ensino Pós -Graduado (1995-2004).

Consultor Externo de projetos clínicos de Grupo de Médicos, nas vertentes Financeiras, Gestão de Projetos e gestão operacional (2002-2005).

Quadro do Grupo Português de Saúde, enquanto Diretor Unidade de Negócios de “outsourcing” da Gestão Clínica de Sinistros de Acidentes de Trabalho de companhias de Seguros (2002-2005); Gerente da Empresa de Prestação de serviços Clínicos UNIMED/Norte ao nível da Medicina Segurança e Higiene no Trabalho, “Check-ups” de avaliação de risco para crédito e Gestão Clínica de Sinistros de Acidentes de Trabalho (2005).

Quadro do Grupo Privado de Saúde Trofa Saúde como Assessor do Conselho de Administração para a criação da Rede de Clínicas e Hospitais do Grupo (2005-2007); Diretor Comercial e Relações Institucionais do Hospital da Trofa (set 2005-set 2007).

Administrador para as áreas Financeiras, Planeamento, Controlo de Gestão, Aprovisionamento, Informática e Hotelaria do Hospital Particular de Lisboa e sua Integração no Grupo Trofa Saúde (set 2007 a mar 2008).

Quadro do Grupo José de Melo Saúde, como Diretor Geral da sociedade Dr. Campos Costa Imagiologia Clínica, SA (abr. 2008 a dez 2011); membro de vários grupos de trabalho do Grupo JMS no acompanhamento estratégico e de coordenação de projetos específicos que visavam a eficácia e eficiência de processos (abr. 2008 a dez 2011).

Administrador/gerente e Diretor geral de um grupo de empresas do setor dos resíduos, em particular da Contentorização enterrada de Resíduos, com presença mundial, em particular em Países como Emirados Árabes Unidos, Brasil, Peru, Espanha e Portugal (jan. 2012 a jan. 2014).

Atividades complementares:

Perito Judicial nas componentes Financeiras, Contabilística e de Mercado de Capitais (1999 a 2004).

Consultor de empresas para as áreas financeiras, realização de projetos, e análise funcional na criação de soluções informáticas.

Membro de várias entidades de cariz social, cultural e de serviço público ao longo dos últimos 20 anos.

6. Apresentação de declaração de cada um dos membros do órgão de administração ao órgão de administração e ao órgão de fiscalização, bem como à IGF, de quaisquer participações patrimoniais que detenham na empresa, assim como quaisquer relações que mantenham com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

Foram elaboradas as declarações de cada um dos membros do CA e apresentadas às respetivas entidades para efeito do cumprimento do artigo 52º do Decreto-Lei nº133/2013, sendo apresentadas em anexo ao presente documento.

7. Identificação de relações familiares, profissionais ou comerciais, habituais e significativas, dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração com acionistas a quem seja imputável participação qualificada superior a 2% dos direitos de voto.

Não aplicável.

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

Os Estatutos constantes do Anexo II do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 244/2012 de 09 de novembro, definem as competências do Conselho de Administração no art.º7 e as competências próprias do Presidente do Conselho de Administração, do Diretor clínico e do Enfermeiro diretor, respetivamente nos art.º 8º, 9º e 10º.

Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto, nos termos dos artigos 35º e seguintes do Código do Procedimento Administrativo, do nº 3 do art.º 7º dos Estatutos e no uso das faculdades conferidas pelo despacho nº 12730/2011, de 14 de setembro, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 184, de 23 de setembro de 2011, **delega nos seus membros as seguintes competências:**

Presidente do Conselho de Administração – Dr. Sollari Allegro

Para além das competências próprias definidas no art.º 8º dos Estatutos do CHP anexo ao Decreto-Lei nº 244/2012, de 9 de novembro:

- 1. Determinar as medidas adequadas, se for caso disso, sobre as queixas e reclamações apresentadas pelos Utentes;**
- 2. No âmbito da gestão dos recursos humanos e desde que em conformidade legal:**
 - a. Autorizar o trabalho a tempo parcial e em semana de quatro dias, de acordo com o legalmente estabelecido;**
 - b. Autorizar a prestação e o pagamento de trabalho em dias de descanso semanal, complementar e feriados;**
 - c. Apreciar e autorizar os pedidos de comissão gratuita de serviço do pessoal afeto às áreas do respetivo pelouro, que não se encontrem em conformidade com as diretivas do Conselho de Administração;**
 - d. Justificar ou injustificar faltas;**
 - e. Autorizar os trabalhadores a comparecer em júízo quando requisitados nos termos da lei de processo;**
 - f. Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, cursos de formação ou outras iniciativas semelhantes quando importem custos adicionais para a Instituição;**
 - g. Autorizar pedidos de equiparação a bolseiro no país ou no estrangeiro;**
 - h. Autorizar a atribuição de abonos e regalias a que os funcionários, agentes ou contratados tenham direito;**
 - i. Autorizar deslocações em serviço do pessoal, qualquer que seja o meio de transporte, exceto avião, bem como, o processamento dos respetivos abonos e de ajudas de custo, antecipadas ou não;**
 - j. Promover e exonerar pessoal com vínculo à administração pública;**
 - k. Celebrar, prorrogar, renovar e rescindir contratos de pessoal, a termo ou sem termo praticando os atos resultantes da caducidade ou revogação dos mesmos, em conformidade com as disposições legais em vigor;**
 - l. Homologar as classificações de serviço de todo o pessoal;**
 - m. Praticar todos os atos relativos à aposentação dos funcionários e agentes, salvo nos casos de aposentação compulsiva, e, em geral, de todos os atos respeitantes ao regime de segurança social, incluindo os referentes a acidentes em serviço;**
 - n. Promover a verificação domiciliária de doença, nos termos dos artigos 33º, 34º e 35º do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março;**
 - o. Promover a submissão dos funcionários e agentes a junta médica da ADSE, nos termos dos artigos 36º, 37º e 39º do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março;**
 - p. Autorizar os pedidos de apresentação a junta médica da Caixa Geral de Aposentações;**
 - q. Confirmar as condições legais de progressão dos funcionários e agentes e autorizar os abonos daí decorrentes;**
 - r. Decidir os pedidos de concessão do estatuto de trabalhador estudante;**
 - s. Autorizar a passagem de certidões de documentos arquivados no processo individual dos funcionários, agentes e contratados, bem como a restituição de documentos aos interessados;**

- t. *Assinar a correspondência ou expediente necessário à execução das decisões proferidas nos processos relativos a assuntos de pessoal, bem como, autorizar publicações na imprensa diária e no Diário da República;*
 - u. *Elaborar e propor o mapa de pessoal da Instituição;*
 - v. *Aceitar a dispensa de prestação de trabalho noturno, de acordo com o previsto na lei;*
 - w. *Autorizar a mobilidade interna;*
 - x. *Autorizar dispensa para amamentação;*
 - y. *Autorizar a integração em júris de concurso em outras instituições;*
 - z. *Aprovar horários de trabalho nos termos do regulamento aprovado pelo CA;*
 - aa. *Autorizar o gozo de férias, o respetivo plano anual e eventuais alterações, bem como, transferência de férias para o ano seguinte, nos termos da lei;*
- As alíneas w), x), y), z) e aa) referem-se às áreas que estão sob a sua responsabilidade.*
3. *As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração.*

Vogal do Conselho de Administração – Dr.^a Élia Costa Gomes

1. **No âmbito do aprovisionamento:**
 - a. *Autorizar a abertura de procedimentos, realização de despesa, adjudicação e outros atos inerentes a procedimentos de aquisição de bens e serviços até ao montante de 195.000,00€, e de medicamentos até ao limite do orçamento anual;*
 - b. *Praticar todos os atos subsequentes à autorização de despesa e escolha do procedimento;*
 - c. *Autorizar a imobilização de reparações que aumentem o valor do bem reparado ou a duração provável da sua utilização, nos termos do art.º 7º do CIBE;*
 - d. *Autorizar a despesa de aquisição de imobilizado nos termos do art.º 34º do CIBE;*
 - e. *Autorizar a aquisição de artigos novos, ouvidas as comissões técnicas, exceto medicamentos;*
2. **No âmbito da gestão dos recursos humanos nas áreas sob a sua responsabilidade e desde que em conformidade legal:**
 - a. *Monitorizar o trabalho extraordinário;*
 - b. *Autorizar os pedidos de comissão gratuita de serviço;*
 - c. *Autorizar a participação e dispensa para estágios, reuniões, seminários, colóquios, cursos de formação e outras iniciativas semelhantes, desde que dos mesmos não resultem quaisquer encargos;*
 - d. *Autorizar a mobilidade interna;*
 - e. *Autorizar a dispensa para amamentação;*
 - f. *Aprovar horários de trabalho nos termos do regulamento aprovado pelo CA;*
 - g. *Autorizar o gozo de férias, o respetivo plano anual e eventuais alterações, bem como, transferência de férias para o ano seguinte, nos termos da lei;*
 - h. *Autorizar a integração em júris de concurso em outras instituições;*
3. *As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração.*

Vogal do Conselho de Administração – Dr. Rui Pedroso

1. *Assegurar a regularidade da cobrança das dívidas e autorizar a realização e o pagamento da despesa do Centro Hospitalar do Porto.*
2. *Acompanhar a execução dos planos de atividades dos Centros/Departamentos, responsabilizando aqueles pela gestão adequada e eficiente dos recursos colocados à sua disposição;*
3. *No âmbito da gestão dos recursos humanos nas áreas sob a sua responsabilidade e desde que em conformidade legal:*
 - a. *Monitorizar o trabalho extraordinário;*
 - b. *Autorizar os pedidos de comissão gratuita de serviço;*
 - c. *Autorizar a participação e dispensa para estágios, reuniões, seminários, colóquios, cursos de formação e outras iniciativas semelhantes, desde que dos mesmos não resultem quaisquer encargos;*
 - d. *Autorizar a mobilidade interna;*
 - e. *Autorizar a dispensa para amamentação;*
 - f. *Aprovar horários de trabalho nos termos do regulamento aprovado pelo CA;*
 - g. *Autorizar o gozo de férias, o respetivo plano anual e eventuais alterações, bem como, transferência de férias para o ano seguinte, nos termos da lei;*
 - h. *Autorizar a integração em júris de concurso em outras instituições;*
4. *Elaborar os planos anuais e plurianuais e respetivos Orçamentos a submeter à apreciação e aprovação do Conselho de Administração.*
5. *As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração*

Diretor Clínico – Dr. Paulo Barbosa

Para além das competências próprias definidas no art.º 9º dos Estatutos do CHP anexo ao Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro:

1. *Assinar os termos de responsabilidade relativos às deslocações de utentes a outras Unidades de Saúde para realização de exames ou tratamento.*
2. *No âmbito da gestão dos recursos humanos nas áreas sob a sua responsabilidade e desde que em conformidade legal:*
 - a. *Monitorizar o trabalho extraordinário;*
 - b. *Autorizar os pedidos de comissão gratuita de serviço;*
 - c. *Autorizar a participação e dispensa para estágios, reuniões, seminários, colóquios, cursos de formação e outras iniciativas semelhantes ao pessoal médico ou técnico, desde que dos mesmos não resultem quaisquer encargos;*
 - d. *Autorizar a mobilidade interna do pessoal médico ou técnico;*
 - e. *Autorizar a dispensa para amamentação;*
 - f. *Aprovar horários de trabalho nos termos do regulamento aprovado pelo CA;*
 - g. *Autorizar o gozo de férias, o respetivo plano anual e eventuais alterações, bem como, transferência de férias para o ano seguinte, nos termos da lei;*
 - h. *Autorizar a integração em júris de concurso em outras Instituições;*

3. *Acompanhar a execução dos planos de atividades dos Centros/Departamentos, responsabilizando aqueles pela gestão adequada e eficiente dos recursos colocados à sua disposição.*
4. *As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração*

Enfermeiro-Diretor – Enf.º Eduardo Alves

Para além das competências próprias definidas no art.º 10º dos Estatutos do CHP anexo ao Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro:

1. *No âmbito da gestão dos recursos humanos nas áreas sob a sua responsabilidade e desde que em conformidade legal:*
 - a. *Monitorizar o trabalho extraordinário;*
 - b. *Autorizar os pedidos de comissão gratuita de serviço;*
 - c. *Autorizar a participação e dispensa para estágios, reuniões, seminários, colóquios, cursos de formação e outras iniciativas semelhantes, desde que dos mesmos não resultem quaisquer encargos;*
 - d. *Autorizar a mobilidade interna do pessoal de enfermagem;*
 - e. *Autorizar a dispensa para amamentação;*
 - f. *Aprovar horários de trabalho nos termos do regulamento aprovado pelo CA;*
 - g. *Autorizar o gozo de férias, o respetivo plano anual e eventuais alterações, bem como, transferência de férias para o ano seguinte, nos termos da lei;*
 - h. *Autorizar a integração em júris de concurso em outras Instituições;*
2. *As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração*

As presentes competências **produziram efeito desde 20 de fevereiro de 2014**, ficando por este meio ratificados todos os atos entretanto praticados no âmbito das competências agora definidas.

Relativamente ao Conselho Consultivo e através do Despacho n.º 12493/2014, foi nomeado presidente do conselho consultivo do Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., o Eng. Luis Valente Oliveira, com efeito a partir de 10 de Outubro de 2014, cuja atividade não é remunerada, não existindo qualquer reunião nem nomeação dos restantes membros até à data de 31/12/2014.

9. Caracterização do funcionamento do Conselho de Administração, indicando designadamente:

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

a1) Conselho de Administração em exercício de funções até 30 de Janeiro de 2014 (nomeado através de Despacho Ministerial n.º15838/2011, de 14 de Novembro de 2011):

No âmbito deste mandato foram realizadas, no ano de 2014, 6 reuniões do Conselho de Administração.

Quanto à assiduidade,

- Dr. Sollari Allegro participou em 5 (83,3% assiduidade);
- Dr.ª Élia Costa Gomes participou em 6 (100% assiduidade);
- Dr. Porto Gomes participou em 3 (50% assiduidade);
- Dr. Paulo Barbosa participou em 6 (100% assiduidade);
- Enf. Eduardo Alves participou em 6 (100% assiduidade).

a2) Conselho de Administração em exercício de funções a partir de 31 de Janeiro de 2014 (nomeado através de Resolução de Conselho de Ministros n.º 5/2014 de 30 de Janeiro):

No âmbito deste mandato foram realizadas, no ano de 2014, 48 reuniões do Conselho de Administração, com periodicidade semanal.

Quanto à assiduidade,

- Dr. Sollari Allegro participou em 42 (87,5% assiduidade);
- Dr.ª Élia Costa Gomes participou em 43 (89,6% assiduidade);
- Dr. Rui Pedroso participou em 46 (95,8% assiduidade);
- Dr. Paulo Barbosa participou em 40 (83,3% assiduidade);
- Enf. Eduardo Alves participou em 42 (87,5% assiduidade).

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

Dr. Sollari Allegro: Professor da cadeira de Clínica Médica do 4º ano do Curso de Medicina do ICBAS

Dr. Paulo Barbosa: Professor auxiliar convidado da Disciplina de Clínica Médica do 5º ano do Curso de Medicina do ICBAS; Presidente Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica

Enf. Eduardo Alves: n.a.

Dr.^a Élia Costa Gomes: n.a.

Dr. Rui Pedroso: n.a.

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

30

Nos termos da legislação em vigor, a avaliação do desempenho das funções de gestão compete aos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e pelo respetivo setor de atividade, nos termos do nº2 do artigo 6º do Estatuto do Gestor Público (Decreto-Lei nº71/2007 de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº8/2012 de 18 de janeiro).

De acordo com o nº1 do artigo 6º do mesmo diploma, o desempenho das funções de gestão deve ser objeto de avaliação sistemática, tendo por parâmetros os objetivos fixados nas orientações estratégicas e setoriais (artigo 24º do Decreto-Lei nº133/2013 de 3 de outubro) bem como os definidos no contrato-programa.

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

As Comissões de apoio técnico são órgãos de caráter consultivo do Conselho de Administração, e atualmente são as seguintes:

- Comissão Médica;
- Comissão de Enfermagem;
- Conselho dos Técnicos Superiores de Saúde;
- Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica;
- Comissão de Ética para a Saúde;
- Comissão de Humanização e Qualidade de Serviços;
- Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Coordenação Oncológica;
- Comissão de Transfusão e Alternativas Transfusoriais;
- Comissão Técnica de Certificação da Conformidade da Interrupção da Gravidez;

- Comissão de Normalização do Material de Consumo Clínico e Equipamentos;
- Comissão de Sistemas de Informação;
- Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia;
- Equipa de Gestão de Camas.

A composição de cada uma das comissões de apoio técnico, assim como as suas competências e síntese das atividades desenvolvidas constam do Regulamento Interno do CHP, homologado em 05/07/2013 pela Administração Regional de Saúde do Norte, nos artigos 11º ao 25º, podendo ser consultado no portal do CHP (indicado em V. Organização Interna, D. Sítio da Internet).

C. Fiscalização

1. Identificação do órgão de fiscalização correspondente ao modelo adotado e composição, consoante aplicável, do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras, ao longo do ano em referência, 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 deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).

De acordo com o artigo 5º dos Estatutos – Anexo II do Decreto-Lei nº 233/2005 alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 244/2012, o órgão de fiscalização é o Fiscal Único.

Ver o ponto D relativo ao Revisor Oficial de Contas abaixo.

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

Não aplicável.

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

Elementos curriculares relevantes - Fiscal único: Pontes, Baptista & Associados, SROC nº 209, representada pelo Dr. Sérgio Leonel Pinto da Costa Pontes ROC nº1180, cuja síntese curricular relevante é a seguinte: Doutoramento em contabilidade pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, mestre em contabilidade e auditoria pela Universidade Aberta, pós graduado em fiscalidade pelo ISG – Instituto Superior de Gestão e licenciado em gestão pelo ISEG – Instituto Superior de Economia e Gestão.

Docente do ensino superior, em licenciaturas e mestrados e, atualmente, coordenador científico da licenciatura em Gestão na Universidade Autónoma de Lisboa.

Revisor Oficial de Contas, sócio na Pontes, Baptista & Associados, SROC, membro independente da GGI, rede internacional de firmas de auditoria.

Exerce na OROC as funções de controlador relator, membro do conselho de redação da revista Revisores & Auditores e coordena o grupo de trabalho das PME.

Tem obras publicadas nas suas áreas de investigação.

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

Não aplicável.

D. Revisor Oficial de Contas (ROC)

1. Identificação da SROC, do ROC e respetivos números de inscrição na OROC e CMVM, caso aplicável, e do sócio ROC, efetivo e suplente, que o representa e indicação do número de anos em que o revisor oficial de contas exerce funções consecutivamente junto da sociedade. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).

Identificação do ROC, Fiscal Único Efetivo: Sérgio Leonel Pinto da Costa Pontes, ROC n.º 1.189.

Identificação da SROC: Pontes, Baptista & Associados, SROC n.º 209.

Identificação do ROC, Fiscal Único Suplente: Luís Fernando da Costa Baptista, ROC n.º 1.198.

Indicação do número de anos em que o revisor oficial de contas exerce funções consecutivamente junto da sociedade: 3 anos.

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

33

Uma vez que o ano de 2014 é o terceiro ano consecutivo em que o ROC exerce funções de fiscal único efetivo no CHP EPE, não existem quaisquer limitações.

3. Indicação do número de anos em que a SROC e/ou ROC exerce funções consecutivamente junto da sociedade, bem como indicação do número de anos em que o ROC presta serviços nesta sociedade, incluindo o ano a que se refere o presente relatório.

O ROC exerce funções desde há três anos nesta sociedade.

O mandato do Fiscal Único para 2011-2013 a que se refere o Despacho SETF nº 471/2012 apenas foi proferido em 05/04/2012, tendo o Fiscal Único emitido os pareceres relativo ao período de 2012, 2013 e 2014. O exercício efetivo de funções iniciou-se em abril de 2012. Na presente data não há conhecimento de despacho de nomeação ou recondução do Fiscal Único, pelo que se manterá em exercício de funções até nova designação, conforme nº7 do artigo 15º do Decreto-Lei nº233/2005 alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº244/2012 de 9 de novembro.

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

Nem a SROC, nem o ROC que representa a SROC, prestaram ou prestam quaisquer outros serviços ao CHP, EPE.

E. 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 sociedade e/ou do grupo

Não aplicável.

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.

3. Identificação de trabalhos, distintos dos de auditoria, realizados pelo auditor externo para a sociedade e/ou para sociedades 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.

4. Indicação do montante da remuneração anual paga pela sociedade 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.

Não aplicável.

V. Organização Interna

A. Estatutos e Comunicações

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

Os Estatutos do CHP encontram-se no ANEXO II do Decreto-Lei nº233/2005 de 29 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei 244/2012 de 9 de novembro.

2. Caracterização dos meios e política de comunicação de irregularidades ocorridas na sociedade.

Meios: De acordo com a lei vigente o CHP dispõe de procedimentos, processos e responsabilidades instituídas para o tratamento de queixas, reclamações e sugestões de doentes, profissionais e outras partes interessadas que incluem uma resposta a quem fez a comunicação e uma solução concreta, sem prejuízo da utilização da informação obtida na melhoria contínua da gestão, dos recursos e dos processos utilizados. No âmbito da prevenção da fraude e da corrupção e da procura da melhoria contínua dos serviços prestados, o CA irá equacionar em 2015 a organização de uma resposta complementar à existente - mais fácil, menos formal e preservando o anonimato.

Política: O CA em 2015 irá definir e implementar uma política de comunicação de irregularidades, entendidas como oportunidades de melhoria a abraçar tendo em vista aumentar a conformidade com as boas práticas, com a lei e normas existentes, assim prevenindo a não qualidade e os riscos para os doentes, para os profissionais e para a sustentabilidade do CHP.

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

O CHP tem um Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas, elaborado em 2009 tendo sido seguidas as indicações do Tribunal de Contas. Para 2015 o CA tem prevista a revisão e melhoria deste plano, na identificação de riscos e medidas preventivas, com a inclusão das áreas de Compras, Inventários, Imobilizado, Recursos Humanos, Gestão Financeira, Sistemas de Informação, Gestão de conflito de interesses (Recomendação nº5/2012 do CPC) com a identificação dos responsáveis. O objetivo é dispor de ferramenta de identificação, prevenção e mitigação de riscos de corrupção e infrações conexas no CHP, dando resposta às diversas recomendações do CPC e cumprimento do artigo 46º do Decreto-Lei nº133/2013.

B. Controlo interno e gestão de riscos

1. Informação sobre a existência de um sistema de controlo interno (SCI) compatível com a dimensão e complexidade da empresa, de modo a proteger os investimentos e os seus ativos (este deve abarcar todos os riscos relevantes pela empresa).

36

O CHP dispõe de um Sistema de Controlo Interno, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao Auditor Interno a responsabilidade pela sua avaliação.

O sistema de controlo interno compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos no CHP com vista a garantir:

- Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e recursos, a continuidade, a segurança e a qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas;
- A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;
- O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações tutelares e recomendações aplicáveis de entidades externas como o Tribunal de Contas.

O CHP tem um conjunto de **Manuais de procedimentos administrativos e contabilísticos** nas áreas seguintes: Contabilidade Geral/Orçamental/Analítica, Gestão de Imobilizado, Gestão de Compras, Gestão de Contas a Pagar, Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Contas a Receber, Produção, Logística e Gestão de Tesouraria. Estes manuais têm como objetivo estabelecer e divulgar de forma sistemática, simples e coerente os procedimentos de controlo interno aprovados e em uso dos principais processos do CHP. Os manuais foram elaborados a partir das orientações da ACSS, que estabeleceu e divulgou as melhores práticas de controlo em relação aos principais processos - tendo presente a segregação de funções e o impacto operacional e financeiro - da atividade hospitalar, de

forma a permitir aos hospitais o desenvolvimento dos seus próprios manuais de procedimentos e a implementação e sistematização de um sistema de controlo interno.

Relativamente ao **Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas**, o CA consciente da sua importância vai em 2015 proceder à sua revisão para melhoria e desenvolvimento.

No que respeita a **gestão de riscos clínicos e não clínicos do âmbito da atividade do Departamento da Qualidade**, o CHP mantém e tem desenvolvido a gestão de riscos de modo a melhorar a segurança e a qualidade da resposta do hospital e a minorar os riscos para doentes, profissionais e população.

Enquadrado no **Processo de Acreditação de Qualidade**, na unidade do Hospital Santo António existe o Manual de Políticas e Procedimentos (MPP) disponível no Portal Interno, cuja extensão às outras unidades se vai fazendo de forma gradual.

De entre os vários mecanismos e instrumentos que são parte integrante do sistema de controlo interno, destacamos os seguintes:

- Código de Ética.
- Regulamento Interno.
- Manuais de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos.
- Segregação de Funções.
- Reuniões trimestrais de Quadros - Diretores/Responsáveis de Serviço, de apresentação de resultados trimestrais pelo Conselho de Administração e discussão com os Serviços/Departamentos.
- Gestão de riscos clínicos e não clínicos, através do Departamento da Qualidade, de modo a melhorar a qualidade da resposta do CHP e a minorar os riscos para doentes, profissionais e população.
- Acreditação Internacional da Qualidade pelo CHKS (com Manual de Políticas e Procedimentos dos diversos Serviços/departamentos envolvidos, divulgado no portal interno).
- Certificação para doze dos serviços com maior risco e exigência de qualidade e segurança (NPEN ISO 9001).
- Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

2. Indicação 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.

O CHP tem na sua estrutura orgânica, desde junho de 2014, um **Serviço de Auditoria Interna**, de acordo com o artigo 17º do Decreto-Lei nº233/2005 alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº244/2012 que procedeu à alteração do Regime Jurídico e dos Estatutos dos Hospitais EPE.

Ao Serviço de Auditoria Interna compete a análise e a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de risco nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo. Ao serviço de auditoria interna compete em especial:

- a) Fornecer ao conselho de administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;
- b) 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;
- c) Elaborar o plano anual de auditoria interna;
- d) Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar.

O Serviço de auditoria Interna do CHP é constituído por uma Auditora Interna que o dirige e um Técnico de Auditoria. O Decreto-Lei nº233/2005 alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº244/2012 prevê que o Diretor do Serviço de Auditoria Interna seja apoiado tecnicamente nas suas funções por um máximo de três técnicos auditores.

Compete ao Conselho de Administração assegurar a implementação e manutenção sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, do qual faz parte a implementação de sistema de gestão e controlo de risco, e ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação, conforme o nº1, nº2 e nº3 do artigo 17º-A Decreto-Lei nº233/2005 alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº244/2012.

3. Em caso de existência de um Plano estratégico e de política de risco da sociedade, deve incluir a definição de níveis de risco considerados aceitáveis e identificar as principais medidas adotadas.

No âmbito da **política de melhoria contínua da qualidade** e da atividade do Departamento da Qualidade, o CHP dispõe de um plano e orçamento plurianuais, assim como documentos anuais obrigatórios, plano, orçamento e relatório de gestão, a submeter à aprovação do Conselho de Administração.

No que se refere a **política de prevenção de corrupção e infrações conexas** e conforme referido em A.3, está prevista a revisão/atualização do Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas pelo atual Conselho de Administração, nomeadamente quanto à identificação de riscos e medidas preventivas a adotar.

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

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

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

O CHP tem áreas funcionais específicas com competências no controlo de riscos operacionais, clínicos, não clínicos e riscos gerais, nomeadamente:

- O **Gabinete de Governação Clínica (GGC)** – Ao GGC incumbe assegurar que a governação clínica constitui uma prioridade estratégica da organização, com vista à melhoria contínua dos cuidados e dos resultados na saúde e na qualidade de vida dos doentes. Em articulação com o Gabinete de Higiene e Segurança (GHS) temo como competência: identificar, analisar e hierarquizar os riscos presentes na Instituição. Define as prioridades de ação face aos critérios de aceitabilidade e de controlo desses riscos, sua probabilidade de ocorrência e potencial impacto com base no programa de registo e análise de falhas de segurança inerentes à prática corrente dos cuidados de saúde.

- O **Gabinete de Higiene e Segurança (GHS)** – Ao GHS compete a definição de uma política integrada de risco, higiene e segurança para a instituição bem como pela sua implementação.
- O **Serviço de Saúde Ocupacional e Medicina Familiar (SSOMF)** – O SSOMF tem a responsabilidade de garantir a todos os profissionais a promoção e prevenção da saúde nos locais de trabalho, condicionado pelo contexto da organização, ambiente e os riscos profissionais.

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

Os riscos no CHP entendem-se do seguinte modo:

- Riscos clínicos**, sob a alçada do GGC e que são os que decorrem da atividade clínica e são suscetíveis de afetar negativamente a saúde e a qualidade de vida do doente.
- Riscos gerais (não clínicos)**, os que são globais e afetam todas as atividades do hospital, incluídos na ação do GHS: de incêndio; de segurança de pessoas, incluindo de violência e/ou agressão, de rapto de crianças e de fuga de doentes; de segurança do património do hospital e dos bens dos profissionais e utentes; ameaças de bomba; riscos das edificações e das instalações técnicas; riscos provenientes de materiais, de fluxos (incluindo gases medicinais e não medicinais) e de efluentes; riscos ambientais; catástrofes naturais; riscos profissionais.
- Outros riscos gerais**: Riscos inerentes e de controlo interno dos principais processos de Produção, Gestão de Compras, Logística, Contabilidade Geral/Orçamental/Analítica, Gestão de Imobilizado, Gestão de Contas a Pagar, Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Contas a Receber e Gestão de Tesouraria; Riscos financeiros, incluindo o de ter prejuízo e desequilíbrio económico-financeiro persistente; Riscos da informação (sua gestão, preservação e garantia de confidencialidade), Riscos de imagem e credibilidade externa e Riscos de *Compliance*.
- Atendendo à situação de austeridade e contenção económica podem existir riscos económicos, políticos e sistémicos.

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

O Gabinete de Governação Clínica (GGC) do Departamento da Qualidade (DQ) procura a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados na instituição. A gestão do risco clínico insere-se na atividade do GGC e tem, na sua essência, a identificação proactiva e reativa de aspetos críticos para a segurança do doente, a análise sistemática e de causa-efeito dos mesmos e o estabelecimento de estratégias para a sua minimização e controlo. Está formalmente nomeado um Gestor de Risco Clínico integrado no GGC. O GGC coordena a Comissão de Farmacovigilância e colabora com a Comissão de Proteção contra Radiação. O Gestor de Risco Clínico integra a Comissão de Transfusão e Alternativas Transfusionais e colabora com a Comissão de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA).

Existe no CHP uma rede de interlocutores com funções no âmbito das atividades do DQ designados por Interlocutores da Qualidade e Segurança (InQS). São nomeados pelas direções de cada Serviço, clínico e não clínico. No respeitante às atividades do InQS mais diretamente relacionadas com o GGC, participa na realização de auditorias de Risco Clínico no seu Serviço e colabora na identificação de áreas a melhorar. Trimestralmente, o DQ reúne com os InQS para divulgação da análise dos resultados das auditorias em curso e identificação de novas áreas a tratar e difusão de informações relacionadas.

Prevenção do Risco Clínico. A intervenção na prevenção do risco clínico e inerente promoção da segurança do doente é uma área de intervenção complexa, multifatorial e multidisciplinar. Destacamos o papel crucial da formação dos profissionais nos temas da segurança do doente, o desenvolvimento de protocolos e a implementação de normas de orientação clínica. Com base na identificação das necessidades formativas institucionais e individuais sobre a segurança e qualidade, o GGC participa anualmente com o Departamento de Ensino, Formação e Investigação (DEFI) na elaboração do plano de formação de interesse institucional aprovado pelo Conselho de Administração.

No âmbito documental, foi construída uma biblioteca clínica virtual na Intranet onde se disponibilizam os Protocolos e Normas de Orientação Clínica (POC e NOC). Os POC são produzidos pelos diversos serviços clínicos do CHP. As NOC são emanadas pela Direção Geral da Saúde (DGS). A sua função é a de facilitar aos profissionais informação sobre os cuidados apropriados em determinadas condições, baseados na evidência, diminuindo o risco

inerente à variabilidade dos procedimentos. Estes protocolos e NOC são passíveis de auditoria clínica.

A definição de áreas prioritárias de intervenção obedece a imposições externas de organismos superiores nesta matéria, a Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e a DGS e a imposições internas que resultam da identificação, caracterização e priorização de áreas individualizadas.

Na identificação das áreas críticas para a Gestão de Risco, realçamos o papel da notificação espontânea de eventos pelo sistema de notificação, disponível no CHP desde 2005. A análise da tipologia dos eventos assente na gravidade e na frequência dos mesmos orienta o tipo de monitorização preventiva do risco através da implementação de medidas que podem incluir a aplicação de Checklists, de sistemas de alerta e de avaliações periódicas.

As auditorias clínicas desempenham um papel fundamental em todas as fases da gestão do risco clínico. Desenvolvemos um plano de auditorias que procura responder à priorização das áreas identificadas incluindo naturalmente as áreas mais críticas. Salientamos em seguida algumas áreas onde o plano de auditorias tem incidência.

A avaliação e o controlo da implementação dos procedimentos e protocolos existentes na Instituição baseia-se num sistema de auditorias transversais e de serviço, coordenadas pelo Gabinete de Governação Clínica. Em 2014 foram realizadas 4 auditorias transversais e 175 auditorias específicas por Serviço. As auditorias transversais foram realizadas à qualidade do Registo Clínico, segundo a Norma 68 do manual CHKS, versão 2010, ao Risco Clínico na Enfermaria, ao Risco Clínico no Bloco Operatório e à realização da Checklist “ da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica (LVSC)”.

8. Identificação dos principais elementos do SCI e de gestão de risco implementados na sociedade relativamente ao processo de divulgação de informação financeira.

Relativamente à informação financeira o sistema de controlo interno do CHP abrange as áreas da Contabilidade Geral/Orçamental/Analítica, Gestão de Contas a Pagar, Gestão de Contas a Receber e Gestão de Tesouraria, formalizado em manuais administrativos e contabilísticos. O sistema de controlo interno no que se refere à informação financeira visa garantir a qualidade da informação produzida, a integridade e exatidão dos registos contabilísticos.

Por outro lado, como refere o artigo 11º do Decreto-Lei nº233/2005 alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº244/2012, em matéria de controlo financeiro e deveres especiais de informação e controlo, o CHP submete aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde:

- a) Os planos de atividades e os orçamentos, até ao final do mês de novembro de cada ano;
- b) Os documentos de prestação de contas, até ao final do mês de março de cada ano;
- c) Os indicadores de atividade, económico -financeiros, de recursos humanos e outros definidos pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, com a periodicidade que for estabelecida.

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 onde este se encontra disponível para consulta

O CHP, EPE é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, criado e modificado pelos diplomas legais seguintes:

- Decreto-Lei nº326/2007 de 28 de Setembro, que cria o Centro Hospitalar do Porto, EPE integrando por fusão o HGSA, o HMP e a MJD com efeitos em 01-10-2007;
- Decreto-Lei nº30/2011 de 2 de Março, que altera o Centro Hospitalar do Porto EPE, por fusão do Centro Hospitalar do Porto, EPE e do Hospital Joaquim Urbano;
- Decreto-Lei nº 68/2013 de 17 de Maio, o qual procede à transferência de competências do INSA, I.P., exercidas pelo Centro de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães no âmbito dos laboratórios de unidades do Departamento de Genética do INSA, I P., para o Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.

No que diz respeito à atividade desenvolvida pelo CHP, é enquadrada pela seguinte legislação:

- Decreto-Lei 233/2005, alterado e republicado pelo Decreto-Lei 244/2012, o qual estabelece os Estatutos dos Hospitais EPE.
- Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro (o qual revoga o Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 300/2007, de 23 de agosto e a Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de março) estabelece os princípios e regras aplicáveis ao sector público empresarial, incluindo as bases gerais do estatuto das empresas públicas e contem os princípios e regras aplicáveis à monitorização e controlo a que estão submetidas as empresas públicas.
- Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (Lei de Bases da Saúde) e Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro (aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei nº 48/90, de 24 de agosto) e Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde);

Em matéria de aquisições de bens e serviços, o CHP EPE rege-se pelo Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei 18/2008, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei 149/2012 de 12 de julho, que estabelece a disciplina aplicável à contratação pública e o regime substantivo dos contratos públicos que revistam a natureza de contrato administrativo. Desde 2012, o CHP encontra-se abrangido pela Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso (LCPA) (Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro), que estabelece as regras aplicáveis à assunção de compromissos e aos pagamentos em atraso das entidades públicas e cujo princípio fundamental reside no facto de a execução orçamental não poder conduzir à acumulação de pagamentos em atraso. Na sequência da aprovação da LCPA, veio o Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de junho que disciplina os procedimentos necessários à aplicação da LCPA e à operacionalização da prestação de informação.

No âmbito de regulamentação interna, o Regulamento Interno do CHP foi homologado em 05/07/2013 pelo Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Norte, IP, na sequência da alteração dos estatutos e do artigo 7º do Decreto-Lei nº 244/2012 de 9 de novembro.

O regulamento do CHP está disponível no sítio da internet em www.chporto.pt

Existem diversos regulamentos internos, procedimentos e instruções de trabalho, bem como outra documentação de suporte ao funcionamento dos Serviços/Departamentos. Em particular na unidade do Hospital Santo António existe o Manual de Políticas e Procedimentos (MPP) disponível no Portal Interno, enquadrado no **Processo de**

Acreditação de Qualidade, cuja extensão às outras unidades se vai fazendo de forma gradual.

Com o objetivo de estabelecer e divulgar de forma sistemática, simples e coerente o **Sistema de Controlo Interno**, o CHP tem Manuais de procedimentos administrativos e contabilísticos dos principais processos, aprovados e em uso nas áreas seguintes: Contabilidade Geral/Orçamental/Analítica, Gestão de Imobilizado, Gestão de Compras, Gestão de Contas a Pagar, Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Contas a Receber, Produção, Logística e Gestão de Tesouraria. Os manuais foram elaborados a partir das orientações da ACSS, que estabeleceu e divulgou as melhores práticas de controlo em relação aos principais processos - tendo presente a segregação de funções e o impacto operacional e financeiro - da atividade hospitalar, de forma a permitir aos hospitais o desenvolvimento dos seus próprios manuais de procedimentos e a implementação e sistematização de um sistema de controlo interno.

2. Referência à existência ou aderência de códigos de conduta e de um Código de Ética

O CHP dispõe de um código de ética que pode ser consultado em www.chporto.pt, conforme o artigo 47º do Decreto-Lei nº133/2013 e que se encontra em vigor e é aplicável a todos os profissionais.

O Código de ética para além de estar disponível no site, foi e está divulgado no portal interno do CHP, acessível aos colaboradores para conhecimento.

Tal como é transmitido no Código de Ética, nas relações externas “*Todos os profissionais do CHP, E.P.E., devem usar da maior cortesia no seu relacionamento com os utentes, fornecedores e restantes partes interessadas e estabelecer com eles uma relação que, pautada pela boa-fé, contribua para garantir com correção e serenidade o exercício dos seus direitos e o cumprimento dos seus deveres. Todos os profissionais do CHP, E.P.E., devem pautar a sua relação com os utentes, fornecedores e restantes partes interessadas pelos mais elevados padrões de integridade, honestidade e transparência. O CHP, EPE, através dos seus colaboradores devidamente mandatados ou legitimados, coopera activa e integralmente com as autoridades, mantendo comportamentos caracterizados pelo rigor, transparência e franca colaboração. É interdito prestar, induzir ou favorecer declarações falsas às autoridades.*”

3. Referência à existência de Planos de Ação para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros), assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação. 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 do local no sítio da empresa onde se encontra publicitado o respetivo relatório.

Para 2015 o CA tem prevista a revisão e melhoria do plano de gestão de risco e infrações conexas na identificação de riscos e medidas preventivas, com a inclusão das áreas de Compras, Inventários, Imobilizado, Recursos Humanos, Gestão Financeira, Sistemas de Informação, Gestão de conflito de interesses (Recomendação nº5/2012 do CPC) com a identificação dos responsáveis. O objetivo é dispor de ferramenta de identificação, prevenção e mitigação de riscos de corrupção e infrações conexas no CHP, dando resposta às diversas recomendações do CPC e cumprimento do artigo 46º do Decreto-Lei nº133/2013 (capítulo V alínea A.3), nomeadamente da legislação e regulamentação em vigor relativas à prevenção da corrupção, devendo elaborar anualmente um relatório identificativo das ocorrências, ou risco de ocorrências.

D. Deveres especiais de informação

1. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de informação a que a empresa se encontra sujeita, nomeadamente os relativos ao reporte de informação económica e financeira (vide alíneas d) a i) do artigo 44.º do Decreto-Lei n.º 133/2013).

Para cumprimento dos deveres de obrigação de divulgação de informação previstas no artigo nº44º do Decreto-Lei nº133/2013 de 3 de outubro, o CHP utiliza nomeadamente, as plataformas de reporte de dados do SIRIEF – Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira e os serviços *online* da ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde.

2. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de transparência a que a empresa 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

Para além do referido no ponto anterior, o CHP publica toda a informação relevante no seu *site*, nomeadamente a publicação do Relatório e Contas, o Relatório de Governo Societário e o Relatório Anual do Acesso a Cuidados de Saúde. O CHP, remete ainda toda a informação solicitada para a publicação no *site* do Setor Empresarial do Estado.

E. Sítio de Internet

Indicação do (s) endereço (s) utilizado (s) na divulgação dos elementos sobre a empresa

O endereço do CHP é o seguinte: www.chporto.pt.

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

1. Referência ao contrato celebrado com a entidade pública que tenha confiado à empresa a prestação de um serviço público ou de interesse geral, respeitante à remuneração dessa atividade.

O CHP celebrou contratos-programa para o período de 2013-2015, com adendas anuais, para a contratualização da atividade e definição dos níveis de produção e respetiva remuneração entre outros parâmetros de atividade, não estando no âmbito da concessão de subvenções públicas de acordo com o Decreto-Lei nº 167/2008 que estabelece este regime jurídico, razão pela qual não é aplicável o n.º 3 do artigo 48.º do Decreto-Lei n.º 133/2013.

2. Exposição das 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.

Não aplicável em consonância com o referido no ponto anterior.

VI. 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 sociedade.

Esta matéria é regulada pelo disposto no artigo 28º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, referindo que o vencimento mensal dos gestores públicos é determinado em função de critérios decorrentes da complexidade, exigência e responsabilidade inerentes às respetivas funções, fixados por resolução do Conselho de Ministros.

Nesta sequência a Resolução do Conselho de Ministros 5/2014, de 30 de janeiro que nomeou o Conselho de Administração do CHP para o triénio 2014-16, determina que a remuneração dos membros do conselho de administração obedece ao disposto no n.º 5 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro; e à classificação atribuída pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março, alterada pelas Resoluções do Conselho de Ministros 97/2012, de 21 de novembro, 45/2013, de 19 de julho, e 48/2013, de 29 de julho.

No que respeita à remuneração do Fiscal Único, esta foi fixada pelo Despacho nº471-SETF-2012.

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 sociedade, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas.

As despesas efetuadas diretamente por cada membro do Conselho de Administração são submetidas a autorização ao Conselho de Administração.

No âmbito do artigo 51º do Decreto-Lei nº133/2013 de 3 de outubro, foram efetuadas as declarações de independência dos membros do Conselho de Administração.

Para além das declarações anteriores e de acordo com o Estatuto do Gestor Público no seu art.º22, nº8 e o nº1 do art.º 11º da Lei nº64/93, de 26 de agosto foram remetidas à Procuradoria-Geral da República declarações de inexistência de incompatibilidades ou impedimento para o exercício de funções dos membros do Conselho de Administração.

3. Apresentação de declaração dos membros do órgão de administração a referir que estes se abstêm de interferir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses.

As declarações de independência dos membros do Conselho de Administração foram elaboradas de acordo com o artigo 51º do Decreto-Lei nº133/2013, sendo apresentadas em anexo ao presente documento.

B. Comissão de Fixação de Remunerações

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

Não aplicável.

C. Estrutura das Remunerações

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

Como já referido na secção A deste capítulo, a política de remunerações dos gestores públicos é regulada pelo Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro. Resumidamente, a política de remunerações define o vencimento mensal e as regras para outros abonos. O vencimento mensal é determinado em função de critérios decorrentes da complexidade, exigência e responsabilidade inerentes às respetivas funções, fixados por resolução do Conselho de Ministros, identificadas na secção A.

No que se refere à remuneração do Fiscal Único é fixada por Despacho da SETF, no caso atual pelo Despacho n.º 471/2012-SETF.

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

Não aplicável.

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.

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

Não aplicável.

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

Não aplicável.

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 aplicável.

D. Divulgação das Remunerações

1. Indicação do montante anual da remuneração auferida, de forma agregada e individual, pelos membros do órgão de administração da sociedade, proveniente da sociedade, 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.

As remunerações dos membros do Conselho de Administração estão indicadas no capítulo 8.6 do Relatório e Contas de 2014.

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

Não aplicável.

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.

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

Não aplicável.

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

O Fiscal Único auferiu em 2014, uma remuneração de 10.972 euros, a qual acresce IVA à taxa legal em vigor.

Foi dado cumprimento ao disposto no art.12º da Lei nº 12-A/2010 de 30 de junho, bem como ao previsto no art.º27º da Lei nº Lei 66-B/2012 de 31 de dezembro.

6. Indicação da remuneração no ano de referência dos membros da mesa da assembleia geral, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação.

Não aplicável.

VII. Transações com partes Relacionadas e Outras

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

Não aplicável.

2. Informação sobre outras transações

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

As aquisições do CHP EPE regem-se pelos diplomas legais seguintes:

- Decreto-Lei 18/2008, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei 149/2012 de 12 de julho, que estabelece a disciplina aplicável à contratação pública e o regime substantivo dos contratos públicos que revistam a natureza de contrato administrativo;
- Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro - Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso (LCPA) - que estabelece as regras aplicáveis à assunção de compromissos e aos pagamentos em atraso das entidades públicas
- Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de junho, que contempla as normas legais disciplinadoras dos procedimentos necessários à aplicação da LCPA e à operacionalização da prestação de informação.

No que se refere à regulamentação interna, existe um Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos da Gestão de Compras com os procedimentos e controlos identificados para a minimização dos riscos inerentes a esta área. Este Manual foi definido a partir das orientações da ACSS, tendo sido já atualizado. O Manual continuará a ser revisto e atualizado para a melhor adaptação à realidade e às mudanças e exigências de controlo interno da área de compras do CHP.

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

Nada a assinalar.

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

NIF	Nome	Valor
500142858	Itau-Instituto Tec. Aliment. Humana	2.483.312,10
500239894	Santa Casa da Misericórdia do Porto	1.494.673,12
500900469	SUCH - Serv.Utiliz.C.Hosp.	1.469.007,02
503504564	EDP Comercial - Comercialização de Energia, S.A.	2.644.598,47

VIII. Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económicos, social e ambiental

Relativamente à informação sobre as estratégias adotadas e grau de cumprimento das metas fixadas do ano de 2014, remetemos para o ponto do relatório onde consta esta mesma informação, ou seja no Ponto I.2 do presente relatório. Faz-se ainda uma análise da empresa nos domínios económicos, social e ambiental, referindo por um lado projetos desenvolvidos e outros a manter e prosseguir.

53

A sustentabilidade do CHP depende dos benefícios gerados, diretamente na saúde e qualidade de vida dos doentes e indiretamente na produtividade económica, e dos custos suportados para atingir aqueles resultados. Por isso nos focamos na melhoria contínua da eficácia e da qualidade – redução de mortalidade, de morbilidade, de inapropriação e de erros nos cuidados –, da acessibilidade e da eficiência.

a) Económica

Naturalmente o Hospital privilegia a melhoria dos resultados para o doente e a qualidade de cuidados, procurando fazê-lo de modo a garantir a racionalidade de uso de recursos e o equilíbrio financeiro.

Temos promovido a melhoria de qualidade da decisão e das práticas clínicas, com vista a maior eficácia, através da formação e treino dos nossos profissionais, pela melhoria da organização e dos recursos, pela comparação de indicadores de resultados e de processos com as melhores práticas internacionais (Iametrics), pelo desenvolvimento de protocolos e cumprimento das orientações nacionais.

Para assegurar continuidade de cuidados aos doentes temos desenvolvido esforços de melhoria de articulação com outros serviços de saúde assim como com entidades sociais, aqui para evitar o protelamento da alta clínica. Outras preocupações fundamentais são a resposta em tempo oportuno aos doentes, isto é, dentro do clinicamente recomendado, o combate à inapropriação, no internamento e na urgência, e a promoção do ambulatório programado incluindo de serviço domiciliário relativamente à doença crónica.

No âmbito do sistema de qualidade, definimos uma estratégia e uma política de qualidade, que serão concretizadas através de projetos e de objetivos de qualidade definidos para cada serviço. Demos continuidade às apostas, bem sucedidas, de acreditação do hospital e de certificação, esta em complementaridade daquela para doze dos serviços de maior risco e exigência de qualidade e segurança. Efetuamos a medição sistemática da satisfação dos

doentes, a partir da qual extraímos conclusões e decidimos ações com vista à sua melhoria. Temos procurado melhorar a adesão dos profissionais à cultura de qualidade e segurança e de orientação para as necessidades dos doentes.

Temos promovido a racionalização de uso de recursos, por atuação genérica dentro dos princípios de economia, eficácia e eficiência, e pela melhoria da contratualização interna e da prestação de contas em todo o hospital, para maior alinhamento de objetivos dos serviços e departamentos e maior congruência com os valores de qualidade e responsabilidade.

O CHP valoriza e incentiva a redução do desperdício, isto é, toda a redução de despesa que não prejudica a qualidade e segurança de doentes e profissionais, bem como a diminuição do tempo de ciclo, para garantir a rápida recuperação dos doentes, para a vida ativa e para o trabalho. Nos próximos anos daremos uma particular atenção aos esforços de redução de gastos em serviços e fornecimentos externos, em material de consumo clínico e em medicamentos.

Estamos conscientes do impacto positivo do CHP na cidade do Porto, em termos económicos e sociais, particularmente na revitalização do centro da cidade, e queremos garantir essa contribuição no futuro, o que requer sustentabilidade financeira traduzida em maior qualidade e custos em linha com os dos hospitais semelhantes. Em 2015 daremos continuidade aos esforços desenvolvidos na auditoria interna, na faturação, na prevenção da fraude e da corrupção e iniciaremos a gestão sistemática dos riscos da informação e de desequilíbrio financeiro.

b) Social

Continuaremos a pautar a atuação no CHP pela integridade, pela transparência e no respeito pelos demais princípios de atuação da Administração Pública.

Na vertente externa, isto é, relativamente a doentes e outros clientes, fornecedores, tutela, outros *stakeholders* externos, continuaremos a garantir total confidencialidade e segurança da informação e respeito integral pelas leis, normas e regras vigentes na saúde. Continuaremos a desenvolver a gestão de riscos, clínicos e não clínicos, através do Departamento de Qualidade e dos gestores de risco indigitados, de modo a melhorar a segurança e a qualidade da resposta do hospital e a minorar os riscos para doentes, profissionais e população.

Prosseguiremos com os esforços que vimos desenvolvendo na educação científica, pré e pós-graduada, e na investigação aplicada, uma e outra com vista a melhorar a inovação e o potencial de resultados do SNS. De modo semelhante continuaremos a investir na educação

e treino de cuidadores, particularmente de doentes e seus familiares, e em projetos de promoção e melhoria da saúde e de resposta a problemas crónicos suscetíveis de afetar seriamente a saúde e bem-estar da população.

Internamente garantiremos o respeito pela autonomia técnica dos profissionais, seus valores, ética e deontologia, cumprindo as regras vigentes na Administração Pública, em especial na contratação, na definição de horários de trabalho, na promoção e na retribuição – aqui esperamos poder retomar o programa de incentivos, cujos efeitos têm estado suspensos por imperativo legal.

Procuraremos continuar a melhoria das condições de trabalho e da produtividade dos nossos profissionais, através da gestão de recursos humanos, da formação e desenvolvimento, da medição da satisfação, da melhoria de práticas e procedimentos para maior segurança, qualidade e simplificação de burocracias. Prosseguiremos o investimento que vem sendo feito no serviço de saúde ocupacional, com vista à redução do risco de acidentes e doenças profissionais e a maior saúde e qualidade no trabalho – iniciaremos em 2015-16 o programa de prevenção de riscos psicossociais.

c) Ambiental

A sustentabilidade ambiental está presente no dia-a-dia dos Serviços do CHP, estando implementadas estratégias que promovem a utilização racional dos meios de modo a evitar desperdícios e danos ambientais, reutilizando e reciclando sempre que possível.

Assim, existe um conjunto de iniciativas de gestão que visam promover a proteção do ambiente, desde logo através da redução das quantidades de resíduos produzidos na origem, promovida por ações de formação, divulgação e sensibilização dos profissionais da Instituição, posteriormente reforçadas e consolidadas através de auditorias realizadas nos Serviços. Adicionalmente, encontram-se definidas regras específicas para a triagem de resíduos, para a valorização e promoção da sua reciclagem e reutilização, em particular, do cartão, plástico, vidro, tinteiros e *tonners*, pilhas, sucatas e lâmpadas fluorescentes.

Durante o ano de 2014 foram desencadeadas diversas iniciativas relevantes no âmbito da sustentabilidade ambiental, de entre as quais destacamos:

- i. Substituição progressiva de luminárias de balastro ferromagnético por luminárias de balastro eletrónico;
- ii. Instalação de dispositivos redutores de caudal nas torneiras e chuveiros;
- iii. Aplicação de películas de proteção solar nas fachadas envidraçadas dos edifícios;

- iv. Instalação de fluxómetros temporizados nas instalações sanitárias de acesso ao público em geral;
- v. O novo edifício do Centro Materno-Infantil do Norte entrou em funcionamento em Maio de 2014, tendo já instalados diversos sistemas que promovem a eficiência energética;
- vi. Estudo dos níveis de iluminância existentes nos edifícios, tendo em vista analisar as oportunidades de substituição da iluminação existente por tecnologia LED;

As iniciativas mencionadas, bem como a atenção crítica e liderança do órgão de gestão e dos responsáveis pelas áreas técnicas envolvidas, proporcionam a permanente identificação de oportunidades de melhoria e a implementação de medidas que incrementam a racionalidade e eficiência no uso dos recursos e, em simultâneo e por consequência, promovem a sustentabilidade ambiental.

No que se refere à adoção de planos de igualdade, o Centro Hospitalar do Porto não tem ainda, plano para a igualdade, pelo que não existem medidas, no que respeita ao Princípio da Igualdade do Género.

Já em 2 de Fevereiro de 2015, o CHP manifestou através de um inquérito da DGAEP, que gostaria de receber informação sobre a implementação de planos para a igualdade e de beneficiar de ações de formação neste âmbito.

IX. Avaliação do Governo Societário

1. Verificação do cumprimento das recomendações recebidas relativamente à estrutura e prática de governo societário, através da identificação das medidas tomadas no âmbito dessas orientações.

O presente Relatório tem como objetivo informar sobre o cumprimento dos Princípios de Governo Societário pelo CHP de acordo com o disposto no artigo 54º do Decreto-Lei nº 133/2013 de 3 de outubro.

A avaliação do governo societário de acordo com os princípios referidos é feita pela avaliação da adequação da estrutura e prática de governo societário, assim:

A estrutura de governo societário do CHP está de acordo com o definido na Secção IV do Capítulo I nos artigos 30º a 33º do Decreto-Lei nº 133/2013 de 3 de outubro.

No que se refere às Práticas de bom governo o CHP cumpre na generalidade o previsto na Secção II do Capítulo II do Decreto-Lei nº 133/2013 de 3 de outubro, havendo no entanto necessidade de permanentes avaliações e correspondentes ações para o cumprimento na sua totalidade.

Para além do exposto não é do nosso conhecimento outras recomendações que tenham sido emitidas no âmbito desta matéria.

2. Outras informações

Não aplicável.

Porto, 01 de julho de 2015

O Conselho de Administração,

Fernando José Montenegro Sollari Allegro – *Presidente*

Élia do Céu Costa Gomes – *Vogal Executivo*

Rui Manuel Oliveira Pedroso – *Vogal Executivo*

Paulo Jorge Barbosa Carvalho – *Diretor Clínico*

Alfredo Eduardo Argulho Alves – *Enfermeiro Diretor*

ANEXOS

ANEXO 1

Declaração dos membros do CA, conforme disposto no n.º 9 do art.º 22º do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e no n.º 1 do art.º 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro.

ANEXO 2

Declaração de Independência, conforme artigo 51º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro.

ANEXO 1

Declaração dos membros do CA, conforme disposto no n.º 9 do art.º 22º do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e no n.º 1 do art.º 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro.

 centro hospitalar do Porto	
Hospital de Santo António Maternidade Júlio Dinis Hospital Joaquim Urbano	
A Inspeção Geral de Finanças	
Data : 22/04/2015	6232-4/5-15-1654
Assunto: Deveres de informação decorrentes do disposto no n.º 9 do art.º 22º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo DL n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e no n.º 1 do art.º 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.	
Fernando José Montenegro Sollari Allegro NIF: 155113046 Nomeado Presidente do Conselho de Administração do Data de início do mandato: 10/02/2014 Data prevista de termo do mandato: 10/02/2017	
NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO	
Empresa/Entidade: Centro Hospitalar do Porto Tipo: Entidade Publica Empresarial NIF: 508331471 Morada da Sede: Largo Professor Abel Salazar Código Postal: 4050-001 E-mail: ca@chporto.min-saude.pt Telefone: 222007361 Fax: 220900644	
Tendo sido nomeado/eleito para o cargo referido, na empresa/entidade acima indicada, declaro, em cumprimento disposto no n.º 1 do art. 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art.º 22º, do DL n.º 71/2007, 27 de março que:	
1. Não detenho participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções. 2. Detenho participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, nas seguintes empresas: - Brisa; EDP; PT; Mutimédia SA e REN. 3. 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.	
 [Dr. Sollari Allegro] [Presidente do Conselho de Administração do CHP]	
Largo Professor Abel Salazar 4099 - 001 PORTO Tel. geral: 222 077 500	

6220-4/5/15-16/38

centro hospitalar
do Porto

Hospital de Santo António Maternidade Júlio Dinis Hospital Joaquim Urbano

À
Inspeção Geral de Finanças

Data : 22/04/2015

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

Élia do Céu da Costa Gomes

NIF: 174159862

Nomeada Vogal do Conselho de Administração

Data de início do mandato: 10/02/2014

Data prevista de termo do mandato: 10/02/2017

Empresa/Entidade: Centro Hospitalar do Porto

Tipo: Entidade Publica Empresarial

NIF: 508331471

Código Postal: 4050-001

Telefone: 222007361

Morada da Sede: Largo Professor Abel Salazar

E-mail: ca@chporto.min-saude.pt

Fax: 220900644

Tendo sido nomeada para o cargo referido, na empresa acima indicada, declaro, em cumprimento do disposto no n.º 1 do art. 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art.º 22.º, do DL n.º 71/2007, de 27 de março que:

1. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.
2. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade:
3. **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.



[Dr.ª Élia Costa Gomes]

[Vogal do Conselho de Administração do CHP]

04/04/2015

Largo Professor Abel Salazar 4099 - 001 PORTO | Tel. geral: 222 077 500

À
Inspeção Geral de Finanças

6231-4/5-15-16/54

Data : 22/04/2015

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

Rui Manuel Oliveira Pedroso
NIF: 197848176
Nomeado Vogal do Conselho de Administração
Data de início do mandato: 10/02/2014
Data prevista de termo do mandato: 10/02/2017

Empresa/Entidade: Centro Hospitalar do Porto
Tipo: Entidade Pública Empresarial
NIF: 508331471
Código Postal: 4050-001
Telefone: 222007361
Morada da Sede: Largo Professor Abel Salazar
E-mail: ca@chporto.min-saude.pt
Fax: 220900644

Tendo sido nomeado para o cargo referido, na empresa acima indicada, declaro, em cumprimento do disposto no n.º 1 do art. 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art.º 22.º, do DL n.º 71/2007, de 27 de março que:

1. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.
2. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade.
3. **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.


RUI PEDROSO
Vogal Executivo do CHP

[Dr. Rui Pedroso]

[Vogal do Conselho de Administração do CHP]

Data : 22/04/2015

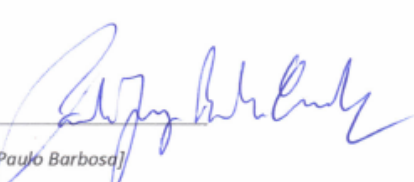
Assunto: Deveres de informação decorrentes do disposto no n.º 9 do art.º 22º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo DL n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e no n.º 1 do art.º 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

Paulo Jorge Barbosa Carvalho
NIF: 119654270
Nomeado Diretor Clínico
Data de início do mandato: 10/02/2014
Data prevista de termo do mandato: 10/02/2017

Empresa/Entidade: Centro Hospitalar do Porto
Tipo: Entidade Pública Empresarial
NIF: 508331471
Código Postal: 4050-001
Telefone: 222007361
Morada da Sede: Largo Professor Abel Salazar
E-mail: ca@chporto.min-saude.pt
Fax: 220900644

Tendo sido nomeado para o cargo referido, na empresa acima indicada, declaro, em cumprimento do disposto no n.º 1 do art. 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art.º 22.º, do DL n.º 71/2007, de 27 de março que:

1. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.
2. **Detenho** participações e interesses patrimoniais na empresa:
- Cooperativa Eléctrica do Vale D'Este; NIPC: 500960577; Código Postal: 4760-563 Louro;
Tel. 252309650, 29 Unidades de participações partilhadas.
3. **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.


[Dr. Paulo Barbosa]

[Diretor Clínico do CHP]

À
Inspeção Geral de Finanças

Data : 22/04/2015

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

Alfredo Eduardo Argulho Alves
NIF: 141800585
Nomeado Enfermeiro Diretor
Data de início do mandato: 10/02/2014
Data prevista de termo do mandato: 10/02/2017

Empresa/Entidade: Centro Hospitalar do Porto
Tipo: Entidade Publica Empresarial
NIF: 508331471 Morada da Sede: Largo Professor Abel Salazar
Código Postal: 4050-001 E-mail: ca@chporto.min-saude.pt
Telefone: 222007361 Fax: 220900644

Tendo sido nomeado para o cargo referido, na empresa acima indicada, declaro, em cumprimento do disposto no n.º 1 do art. 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art.º 22.º, do DL n.º 71/2007, de 27 de março que:

1. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.
2. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade:
3. **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.


[Enfº Eduardo Alves]

[Enfermeiro Diretor do CHP]

ANEXO 2

Declaração de Independência, conforme artigo 51º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro.



Hospital de Santo António Maternidade Júlio Dinis Hospital Joaquim Urbano

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, Fernando José Montenegro Sollari Allegro, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto EPE, 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 em outra legislação aplicável.

Porto, 22/04/2015

(Fernando José Montenegro Sollari Allegro)

F. SOLLARI ALLEGRO

(Presidente do Conselho de Administração)

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, Élia do Céu Costa Gomes, Vogal do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto EPE, 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 em outra legislação aplicável.

Porto, 22/04/2015



(Élia do Céu Costa Gomes)

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, Rui Manuel Oliveira Pedroso, Vogal do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto EPE, 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 em outra legislação aplicável.

Porto, 22/04/2015



RUI PEDROSO
Vogal Executivo do CA

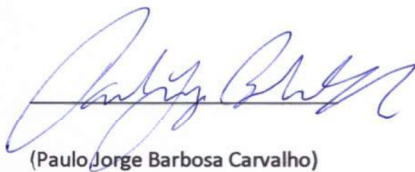
(Rui Manuel Oliveira Pedroso)

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, Paulo Jorge Barbosa Carvalho, Diretor Clínico do Centro Hospitalar do Porto EPE 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 em outra legislação aplicável.

Porto, 22/04/2015



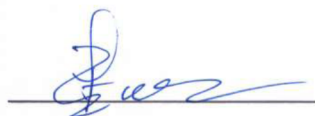
(Paulo Jorge Barbosa Carvalho)

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, Alfredo Eduardo Argulho Alves, Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar do Porto EPE, 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 em outra legislação aplicável.

Porto, 22/04/2015



(Alfredo Eduardo Argulho Alves)