

RELATÓRIO DE GOVERNO SOCIETÁRIO 2016





centro hospitalar
do Porto

**“...Responsabilidade, integridade e ética...”
são valores que nos definem e nos
guiam ao sucesso.**



ÍNDICE

I. SÍNTESE (SUMÁRIO EXECUTIVO)	07
II. MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS	07
III. ESTRUTURA DE CAPITAL	12
IV. PARTICIPAÇÕES SOCIAIS E OBRIGAÇÕES DETIDAS	13
V. ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES	13
A. ASSEMBLEIA GERAL	13
B. ADMINISTRAÇÃO E SUPERVISÃO	13
C. FISCALIZAÇÃO	23
D. REVISOR OFICIAL DE CONTAS (ROC)	24
E. AUDITOR EXTERNO	25
VI. ORGANIZAÇÃO INTERNA	25
A. ESTATUTOS E COMUNICAÇÕES	25
B. CONTROLO INTERNO E GESTÃO DE RISCOS	26
C. REGULAMENTOS E CÓDIGOS	29
D. DEVERES ESPECIAIS DE INFORMAÇÃO	31
E. SÍTIO DA INTERNET	31
F. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO OU DE INTERESSE GERAL	32
VII. REMUNERAÇÕES	32
A. COMPETÊNCIA PARA A DETERMINAÇÃO	32
B. COMISSÃO DE FIXAÇÃO DE REMUNERAÇÕES	33
C. ESTRUTURA DAS REMUNERAÇÕES	33
D. DIVULGAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES	33
VIII. TRANSAÇÕES COM PARTES RELACIONADAS E OUTRAS	36
IX. ANÁLISE DE SUSTENTABILIDADE DA ENTIDADE NOS DOMÍNIOS ECONÓMICO, SOCIAL E AMBIENTAL	37
X. AVALIAÇÃO DO GOVERNO SOCIETÁRIO	43
XI. ANEXOS DO RGS	44

I. SÍNTESE (SUMÁRIO EXECUTIVO)

O Centro Hospitalar do Porto (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.

O CHP integra a Unidade Hospital de Santo António (Edifício Neoclássico, Edifício Dr. Luís de Carvalho, Edifícios das Consultas Externas, o pavilhão laboratorial, o centro de estudos de Imunodepuração, localizado nas instalações do Ex- CICAP e o Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório) a Unidade Maternidade Júlio Dinis, a Unidade Hospital Joaquim Urbano, o Serviço de Pedopsiquiatria com instalações no Hospital Magalhães Lemos, o Centro de Genética Médica e o Centro Materno Infantil do Norte (CMIN).

O CHP, EPE é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

O CHP enquanto empresa pública e Entidade Pública Empresarial apresenta anualmente o relatório de boas práticas de governo societário, dando cumprimento ao art.54º do Decreto-Lei nº133/2013 de 3 de outubro.

O presente relatório foi elaborado a partir do modelo disponibilizado pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial (UTAM) no âmbito das suas atribuições de avaliação do cumprimento do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial. O modelo está equacionado para as entidades do Setor Público Empresarial em geral. O Centro Hospitalar do Porto para além de ser setor público empresarial é uma Entidade Pública Empresarial com Estatutos próprios, autonomia administrativa, financeira e patrimonial. O modelo foi escrupulosamente seguido com o devido enquadramento de entidade pública empresarial e do setor público da saúde.

Assim, sempre que um ponto pedido no referido modelo não se enquadra na realidade do CHP, a informação é identificada como “Não aplicável”.

O presente relatório de boas práticas de governo societário do ano de 2016 do CHP, tem como objetivo informar o titular da função acionista, o Estado, e o público em geral, sobre os princípios de governo societário e práticas de bom governo adotados, com informação atual e completa. Em síntese, o CHP tem vindo a dar especial enfoque ao princípio da transparência, do controlo de risco e prevenção de conflitos de interesse na

melhoria e reforço contínuo dos instrumentos adequados à promoção da excelência do governo societário.

II. MISSÃO, OBJETIVOS E POLÍTICAS

1. Missão, visão e valores

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 desenvolve, 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 desenheadas 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 2016 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 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	Percentagem de realização
Internamento			
GDH Médicos	18.483	17.966	102,0%
GDH Cirúrgicos Programados	10.906	11.017	99,0%
GDH Cirúrgicos Urgentes	4.893	5.059	96,7%
Consulta externa (consultas médicas)			
Primeiras	169.933	181.370	93,7%
Consultas com origem nos CSP referenciadas via CTH	46.598	53.000	87,9%
Consultas Telemedicina	878	600	146,3%
Consultas de Saúde Mental na Comunidade	688	770	89,4%
Consultas Centros Referência		1.602	
Consultas (sem majoração de preço)	121.769	125.398	97,1%
Subsequentes	477.454	480.300	99,4%
Consultas Telemedicina	0	0	0,0%
Consultas de Saúde Mental na Comunidade	3.435	3.300	104,1%
Consultas Centros Referência		4.806	
Consultas (sem majoração de preço)	474.019	472.194	100,4%
Hospital de Dia (sem gerar GDH)			
Hematologia	5.315	4.000	132,9%
Psiquiatria	4.327	4.100	105,5%
Outros	14.339	13.600	105,4%
Cirurgia de Ambulatório			
GDH Cirúrgicos Programados	14.260	14.206	100,4%
Ambulatório Médico			
GDH Médicos	10.525	10.942	96,2%
Urgência (sem internamento)			
Atendimentos	121.097	110.000	110,1%
Serviço Domiciliário			
Domicílios	2.889	2.300	125,6%

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 0,7% acima do valor contratualizado. Refira-se, no entanto, que os GDH médicos superaram o contratado em 2,9%, enquanto os GDH Cirúrgicos Programados e GDH cirúrgicos Urgentes ficaram abaixo das metas contratadas 1,0% e 3,3% respetivamente.

A atividade do ambulatório, no que respeita aos GDH Cirúrgicos, ultrapassou os valores contratados em 0,4%, ao passo que os GDH Médicos distanciaram-se das metas contratadas em 3,8%. Note-se que o mix de distribuição de GDH médicos, cirúrgicos programados e urgentes no internamento, bem como os GDH cirúrgicos e médicos de ambulatório, assenta numa estimativa, dado que à presente data não temos a codificação do ano 2016 totalmente encerrada por constrangimentos vários nos aplicativos informáticos de apuramento de GDH, que nos forçou a antecipar a codificação em ICD10 para os meses de Novembro e Dezembro dado a inatividade em meados de Janeiro do anterior aplicativo de GDH (webGDH) e do arranque tardio do novo aplicativo (SIMH).

A Consulta Externa ficou globalmente abaixo das metas previstas em 2,2% - as primeiras consultas em 6,3% e as subsequentes em 0,6%. Importa salientar, que os valores apresentados já se encontram expurgados dos episódios associados aos programas específicos de saúde, com financiamento próprio, 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, para efeitos faturação, condicionada à verificação da inclusão de um conjunto mínimo de procedimentos, conforme o estabelecido no capítulo VII ponto 3 da circular normativa nº16/2016 da ACSS de 01-07-2016. No que respeita ao Hospital Dia de Psiquiatria, o desvio foi favorável em cerca de 5,5% e, no Hospital Dia Base os valores realizados ficaram 5,4% acima do previsto.

A Urgência sem destino Internamento ficou acima dos valores contratados em 10,1%.

Os domicílios superaram os valores previstos no Contrato Programa (+25,6%).

Se consideradas todas as linhas objeto de financiamento no Contrato Programa de 2016, valorizada aos preços de produção contratada, concluímos por uma taxa global de cumprimentos de 98,4%.

Objetivos de Qualidade e Eficiência

Áreas	Ponderação	Indicadores CP 2016	Meta	Realizado
A. Acesso (15%)	2%	A.1 Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	27.0%	25.9%
	2%	A.2 Peso das consultas externas com registo de alta no total das consultas externas	15.0%	18.8%
	3%	A.3.1 Percentagem dos utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para consulta externa atendidos em tempo adequado	85.0%	70.0%
	2%	A.3.2 Percentagem de doentes cirúrgicos (neoplasias malignas) inscritos em LIC com tempo de espera <= TMRG	97.0%	71.8%
	2%	A.3.3 Mediana do tempo de Espera da LIC, em meses	2.3	3.9
	2%	A.3.4 Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem;	60.0%	63.0%
	2%	A.3.5 Permilagem de Doentes Sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados	1.9	1.8



Áreas	Ponderação	Indicadores CP 2016	Meta	Realizado
B. Desempenho assistencial (25%)	2%	B.1 Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma categoria de diagnóstico	4.59%	4.05%
	2%	B.2 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	1.30%	1.73%
	2%	B.3 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48h	81.00%	70.07%
	2%	B.4 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) – para procedimentos ambulatorizáveis (%)	80.00%	76.20%
	2%	B.5 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório - para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	15.00%	9.00%
	3%	B.6 Índice de demora média ajustada	0.900	0.900
	3%	B.7 Índice de mortalidade ajustada	0.990	0.981
	6%	B.8 Índice de risco e Segurança do Doente	8.000	19.714
	3%	B.9 Percentagem de embalagens de medicamentos genéricos prescritos, no total de embalagens de medicamentos prescritos	53.0%	43.7%
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	12.8%	13.4%
	5%	C.2 Resultado antes de depreciações, gastos de financiamento e impostos (EBITDA) (€)	255410.06	<0
	5%	C.3 Acréscimo de dívida vencida (fornecedores externos)	0	> 0
	5%	C.4 Percentagem de proveitos operacionais extra Contrato-Programa no total de proveitos operacionais	10.00%	8.43%
Objetivos da Região (40%)				
D. Objetivos Regionais (40%)	6%	D.1 Taxa de Referenciação para a RNCCI (%)	5.90%	6.10%
	6.0%	D.2 Redução do tempo de espera para triagem média da consulta externa	8.9	6.30
	6%	D.3 Garantir o início do tratamento da Retinopatia Diabética em 30 dias (%)	1.0	1.0
	5.5%	D.4 Implementação das Equipas intra-hospitalares de cuidados paliativos	100.0	100.0
	6.0%	D.5 Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistências ao Antimicrobianos	100.0	100.0
	5.5%	D.6 Via Verde AVC - % de casos com diagnóstico principal de AVC Isquémico (%)	13.00%	18.40%
	6%	D.7 Rácio Consultas Médicas / Urgências (%)	5.50%	4.70%

(*) Objetivo compósito, a definir pela ARSN.

Do Contrato-Programa do Centro Hospitalar para 2016 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 11.876.344€ (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 2016, 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 e A.34 com níveis de cumprimento iguais ou superiores a 100%. No que respeita ao A.1- Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas, a taxa de execução fica-se pelos 95,9%. Embora se verificasse um crescimento da taxa de primeiras consultas, face a 2015, tal crescimento não foi suficiente para a concretização da meta a 100%,

pois se por um lado aumentaram significativamente as primeiras consultas, por outro, o crescimento da patologia crónica no CHP comprometeu o cumprimento integral do indicador a 100%. Note-se que, ainda assim, verificou-se crescimento de 25,2% para 25,9% na Taxa de Primeiras Consultas. De igual modo, o indicador A.3.5 - permissão de doentes sinalizados para a RNCC, em tempo adequado, no total de doentes tratados ficou-se pelos 94,5%. Já o indicador A3.1 - percentagem de Utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado, cuja meta era de 85%, o valor alcançado foi de cerca de 70%, donde resulta um grau de concretização de 82,3%, de certo modo justificado pela pressão decorrente do aumento do número de primeiras consultas e da pressão verificada pela introdução do princípio da liberdade de escolha (despacho nº 5911-B/2016 de 03 de Maio). Relativamente ao indicador A.3.2 - percentagem de inscritos em LIC (neoplasias malignas) com tempo de espera <= TMRG e o indicador 3.3 – Mediana do Tempo de espera da LIC (em meses), o CHP ainda aguarda informação da ACSS e ARS, que permita obter a sua avaliação, contudo a última avaliação conhecida, com dados até Outubro, aponta para um grau de concretização de 74,0%, e 33,7%, respetivamente. Ainda assim a avaliação destes indicadores merecem algumas ressalvas por parte da

instituição, pois tem-se verificado alguns constrangimentos de integração de dados dos Sistemas de Informação Hospitalar no SIGLIC que podem estar a influenciar negativamente os resultados.

Assim, relativamente ao Acesso, poderá se concluir no global por uma concretização 12,6% (num total de 15%) traduzindo-se num valor do Incentivo de 1,47M€;

| No que concerne aos indicadores de Desempenho Assistencial, o indicador B.1, B.6, B.7 e B.8 superam as metas previstas com nível de cumprimento superior a 100%. No indicador B.2 - Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo, obtém-se uma taxa de execução de 66,9%, sendo que este resultado poderá estar a ser influenciado por eventuais constrangimentos na resposta por parte da RNCC; o Indicador B.9 – Percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos no total de embalagens de medicamentos, cuja meta era de 53% e o valor realizado ronda os 43,7%, atingindo um índice de concretização de 82,5% - continua a apresentar em nosso entender uma meta, por parte da tutela, demasiado ambiciosa dada a particularidade de alguns hospitais mais diferenciados não terem a mesma capacidade de prescrição de genéricos, inerente às patologias que tratam. Quanto ao Indicador B.4 - Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) – para procedimentos ambulatorizáveis (%) e o Indicador B5 - Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório - para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis, os níveis de concretização ficam-se por uma taxa de execução de 95,6% e 60%, respetivamente. Apesar do aumento do número de cirurgias de ambulatório, em 4,2%, não foi possível superar integralmente a meta acordada. Assiste-se também a uma degradação dos resultados ao nível do indicador - B.3 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48h, pois os resultados alcançado de 70% no indicador não chega para se atingir integralmente a meta de 81% estabelecida (ficando o grau de concretização do indicador em 86,5%). É de realçar que ainda assim, e de acordo com o Benchmarking disponível no portal da ACSS, continua a ser o hospital do Grupo E com melhores resultados.

Ao nível do desempenho assistencial o conjunto de indicadores definidos atingiu no global 24,1% no total de 25%, assegurando no seu conjunto um valor de cerca 2,9M€.

| No que respeita aos valores apurados dos indicadores de Desempenho Económico-Financeiro, embora dependentes dos dados de fecho das contas que por sua vez necessitam da estimativa relativa ao proveito relativo ao cumprimento destes indicadores apontam, desde já, por um não cumprimento do indicador C.2 (EBITDA 0) e do indicador C.3 (Acréscimo de Dívida Vencida – fornecedores externos) consequência, em grande parte, do esforço financeiro acrescido resultante

da construção do CMIN. Já os restantes dois indicadores C.1 Percentagem de custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e Fornecimentos e Serviços Externos III (selecionados) no total dos Custos com Pessoal e o indicador C.4 -Percentagem de proveitos operacionais extra Contrato-Programa no total de proveitos apresentaram resultados de concretização de 95,2% e 84,3%, respetivamente. O cumprimento dos indicadores de Desempenho económico-financeiro ficará próximo dos 9% (em 20%) permitindo obter um valor de 1,1M€.

| No que respeita aos Objetivos Regionais relativos à Taxa de Referência para a RNCCI, conclui-se por um grau de cumprimento de 103,4%. O 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 superaram as metas estabelecidas apresentando um grau de cumprimento ajustado, em ambos os indicadores, nos 120%. Relativamente aos indicadores da Implementação das Equipas inter-hospitalares de Cuidados Paliativos e da Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos, embora à presente data não exista avaliação dos mesmos pela ARS, prevê-se não haver problemas ao nível do seu cumprimento. De igual modo, o indicador D.3 Garantir o início do tratamento da Retinopatia Diabética em 30 dias (%), também se prevê o seu cumprimento. Enquanto o indicador Rácio Consultas Médicas/ Urgências (%) ficou-se pelos 85,5% de cumprimento, dado crescimento verificado nos episódios de Urgência derivado do afluxo anormal de doentes à urgência resultado, em grande parte, dos picos de gripe.

| Assim, no que respeita aos Indicadores Regionais, teremos um cumprimento próximo dos 41,7% em 40% (5,0M€).

Em suma, avaliados os níveis de cumprimento dos indicadores, de acordo com as informações disponíveis à data, dados os constrangimentos inerentes ao processo de avaliação e empregando alguma prudência, apontamos para um valor de incentivo de 10.332.419€ € correspondente a 87% do valor global do Incentivo. Este valor poderá vir a sofrer oscilações em resultado de atualização de dados e da validação final pelas entidades Tutelares (ARS e ACSS).

Relativamente a medidas corretivas, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto, prosseguiu com a política de reuniões trimestrais de divulgação de resultados e acompanhamentos com os seus quadros de gestão intermédia (Diretores de Serviços, Enfermeiros Chefes, Administradores Hospitalares e Diretores de Departamento) onde foram analisados os princípios desvios verificados e discutidas as medidas de correção necessárias. Em sede de contratualização e apresentação dos Planos de Atividade cada Departamento/ Serviço apresenta as suas soluções e propostas de correção.



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

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, apesar de em 2014 apresentar pela primeira vez EBITDA positivo, volta a registar um EBITDA negativo não gerando por isso um saldo acumulado positivo 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 estrangulamentos num potencial aumento da produção.

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

As orientações definidas pelo Ministério da Saúde designadamente as relativas à política setorial e às orientações do ponto de 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.

III. ESTRUTURA DE CAPITAL

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

O capital estatutário do CHP é atualmente de 144.704.000€ 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€ da dotação prevista de capital estatutário, tendo ficado por realizar o montante de 13.186.000€.

Em 2015 pelo Despacho nº10314-B/2015 e ao abrigo do n.º 1 do artigo 3.º e da alínea e) do n.º 2 do artigo 6.º -A, ambos do Decreto -Lei n.º 233/2005, de 29 de

dezembro, alterado e republicado pelo Decreto -Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro, e do n.º 2 do artigo 4.º dos Estatutos constantes do Anexo II ao referido diploma, foi aumentado o capital estatutário do CHP em 2.000.000€ em numerário. O aumento de capital visa apoiar sobretudo os investimentos cofinanciados por fundos comunitários no âmbito do novo quadro comunitário de apoio, Portugal 2020, conforme o referido Despacho “constitui uma oportunidade para apoiar a substituição de equipamentos e a realização de outros investimentos prioritários na área da saúde”.

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

Não aplicável.

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

Não aplicável.

IV. PARTICIPAÇÕES SOCIAIS E OBRIGAÇÕES DETIDAS

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

Não aplicável.

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

O CHP é membro associado do SUCH - Serviço de Utilização Comum dos Hospitais.

3. Indicação do número de ações e obrigações detidas 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 entidade.

Não aplicável.

V. ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES

A. 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 entidade 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 nº12/2015 de 26 de Janeiro.

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, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº12/2015 de 26 de janeiro.



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 respetivo sector de atividade”.

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. Atendendo à vacatura dos cargos de presidente e de diretor clínico do Conselho de Administração, respetivamente por motivo de aposentação e de renúncia com vista à nomeação como presidente, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2016 nomeou novos titulares, para completar o mandato em curso que terminará em 31 de dezembro de 2016.

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. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a entidade deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).

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.

Até 29-11-2016

Mandato (Início-Fim)	Cargo	Nome	Designação		OPRLO			Nº de Mandatos
			Forma (1)	Data	Sim/Não	Entidade de Origem	Entidade Pagadora (O/D)	
2014-2016	Presidente	Fernando José Montenegro Sollari Allegro(1)	Resolução do Conselho de Ministros 5/2014	30/01/2014	Sim	CHP	CHP	
2014-2016	Vogal	Élia do Céu Costa Gomes	Resolução do Conselho de Ministros 5/2014	30/01/2014				
2014-2016	Vogal	Rui Manuel Oliveira Pedroso	Resolução do Conselho de Ministros 5/2014	30/01/2014				
2014-2016	Diretor Clínico	Paulo Jorge Barbosa Carvalho	Resolução do Conselho de Ministros 5/2014	30/01/2014	Sim	CHP	CHP	
2014-2016	Enfermeiro Diretor	Alfredo Eduardo Argulho Alves	Resolução do Conselho de Ministros 5/2014	30/01/2014				

1) Presidente do Conselho de Administração até 30-09-2016

Atendendo à vacatura dos cargos de presidente e de diretor clínico do Conselho de Administração, respetivamente por motivo de aposentação e de renúncia com vista à nomeação como presidente, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2016 nomeou novos titulares, para completar o mandato em curso que terminou em 31 de dezembro de 2016.

Nestes termos, a composição do Conselho de Administração a 31/12/2016 era 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 e Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2016, de 30 de novembro, publicada no Diário da República, 2ª Série - n.º 230 de 30 de novembro de 2016.

De 30-11-2016 até 31-12-2016

Mandato (Início-Fim)	Cargo	Nome	Designação		OPRLO			Nº de Mandatos
			Forma (1)	Data	Sim/Não	Entidade de Origem	Entidade Pagadora (O/D)	
2014-2016	Presidente	Paulo Jorge Barbosa Carvalho	Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2016	30/11/2016	Sim	CHP	CHP	
2014-2016	Vogal	Élia do Céu Costa Gomes	Resolução do Conselho de Ministros 5/2014	30/01/2014				
2014-2016	Vogal	Rui Manuel Oliveira Pedroso	Resolução do Conselho de Ministros 5/2014	30/01/2014				
2014-2016	Diretor Clínico	José Fernando da Rocha Barros	Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2016	30/11/2016	Sim	CHP	CHP	
2014-2016	Enfermeiro Diretor	Alfredo Eduardo Argulho Alves	Resolução do Conselho de Ministros 5/2014	30/01/2014				

Paulo Jorge Barbosa Carvalho autorizada a opção pela remuneração do lugar de origem com efeitos a 11 de fevereiro de 2014 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2014 e Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2016). José Fernando da Rocha Barros autorizada a opção pela remuneração do lugar de origem (Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2016).

Nos termos do n.º 8 do artigo 28.º 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 conforme publicado no Diário da República, 1.ª série, de 25 de janeiro, há dois elementos que optaram pela remuneração do lugar de origem.

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

Conforme a Resolução de Conselho de Ministros n.º 5/2014, de 5 de janeiro de 2014 e Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2016, de 30 de novembro 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.

Os elementos curriculares dos membros do conselho de administração são os publicados na Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2014, de 30 de janeiro e Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2016, de 30 de novembro.

A. Presidente CA – Paulo Jorge Barbosa Carvalho

SINOPSE CURRICULAR

Paulo Jorge Barbosa Carvalho nasceu a 30 de março de 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.

Completo o Internato Complementar de Medicina Interna em julho de 1995 com a 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.

Assistente Graduado de Medicina Interna, por concurso público em 2005.

Realizou concurso público para Assistente Graduado Sénior de Medicina Interna em 2016.

Como formação complementar realizou um estágio de Reumatologia com a duração de 6 meses no hospital Cochin na cidade de Paris (Prof. Charles Menkès).

Nos últimos anos tem estado ligado à gestão na área da 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 de Medicina entre janeiro de 2000 e agosto de 2008.

Entre novembro de 2004 e agosto 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 EPE. Fez parte do Conselho de Formação do Departamento de Formação e Ensino pós-graduado do HGSA - SA.

Em diferentes períodos foi membro da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

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

Presidente da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica desde a sua criação em fevereiro de 2013 até dezembro de 2016.

Membro da Comissão de Avaliação de Tecnologias da Saúde (CATS).

Diretor Clínico do CHP entre junho de 2009 e novembro de 2016.

Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto desde dezembro de 2016.

Outras funções:

É membro agregado da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI).

Foi vice-presidente do Núcleo de Estudo de Doenças Autoimunes (NEDAI) da SPMI.

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

Assistente do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar desde 1992 e Professor Auxiliar Convidado desde 2005 da disciplina de Clínica Médica do 5.º ano do ICBAS.

Responsável da disciplina opcional de «Imunologia Clínica» do 6.º ano do Mestrado Integrado de Medicina.

Faz parte da Comissão Científica do mesmo curso.

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 % apresentados em reuniões internacionais.

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

É coautor do livro «O que é a Artrite Reumatoide» destinado a doentes com esta patologia.

É coautor do livro de «guide-lines» de diagnóstico e tratamento das doenças autoimunes elaborado pela Unidade de Imunologia Clínica do CHP.



B. Diretor Clínico – José Fernando da Rocha Barros

SINOPSE CURRICULAR

José Fernando da Rocha Barros

Nasceu a 5 de fevereiro de 1961, em Coreixas, Irivo, Penafiel.

Formação académica:

Licenciatura em Medicina e Doutoramento em Ciências Médicas pelo Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (ICBAS) da Universidade do Porto (UP).

Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (V PADIS) da Escola de Gestão e Negócios.

Experiência profissional:

Funções atuais:

Diretor Clínico do Centro Hospitalar do Porto (CHP).

Diretor do Departamento de Neurociências do CHP.

Membro da Comissão Científica do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) do ICBAS, UP.

Membro da Comissão Mista no âmbito do Protocolo ICBAS, UP-CHP.

Regente da Unidade Curricular «Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio» (6.º ano) e Responsável pelo Módulo «Semiologia Neurológica» (3.º ano) do MIM do ICBAS, UP.

Docente da Pós-Graduação em Medicina da Dor da Faculdade de Medicina da UP.

Presidente da Direção da Sociedade Portuguesa de Cefaleias.

Responsável pela Rede de Referenciação Hospitalar de Neurologia, no âmbito do Ministério da Saúde.

Investigador clínico em Neurogenética, sendo autor ou coautor de artigos, publicados em revistas internacionais com fator de impacto elevado, com dezenas de citações na literatura.

Formação e carreira especial médica:

Assistente Graduado Sénior de Neurologia em 2015, com 19,80 valores (candidato único).

Consultor em 2005, com 18,80 valores (1.º classificado de 14 candidatos).

Assistente Graduado em 2004, por análise curricular documental.

Assistente em 1995, com 18 valores (candidato único).

Internato Complementar (1989-1995), concluído com 18,90 valores, intervalado por 15 meses como oficial miliciano médico do Exército Português.

Internato Geral (1987-88), apto.

Funções concluídas:

Diretor da Consulta Externa do CHP (2005-2016).

Chefe de Equipa do Serviço de Urgência do CHP (2010-2016)

Presidente do Conselho Diretivo do Colégio de Neurologia da Ordem dos Médicos (2012-2016).

Diretor interino do Departamento de Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos (2012-2013).

Diretor do Departamento de Ambulatório (2011-2013).

Adjunto do Diretor Clínico (2005-2009 e 2011-2016).

Coordenador do Internato Complementar e da formação pós-graduada do Serviço de Neurologia (2001-2011).

Vogal da Comissão de Farmácia e Terapêutica (2002-2006).

Presidente do Júri do concurso do Fundo de Investigação em Saúde do INFARMED na área cérebro-cardio-vascular (2015).

Membro de treze júris de habilitação ou de provimento da carreira especial médica (2002-2015).

Presidente do Júri Nacional de Neurologia da Ordem dos Médicos (2007).

Presidente do Conselho Fiscal da Sociedade Portuguesa de Neurologia (2008-2011).

Fundador, Diretor-adjunto (2000-2004) e Diretor (2005-2007) da revista de neurociências clínicas SINAPSE (IS-SN1645-281X).

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 publica-

dos 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 con-

tratação 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

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 Inspeção-Geral de Finanças (IGF), de quaisquer participações patrimoniais que detenham na entidade, assim como quaisquer relações que mantenham com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

Oportunamente 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, do Conselho de Administração com acionistas.

Não existem.

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

Os Estatutos constantes do Anexo II do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 12/2015 de 26 de janeiro, definem as competências do Conselho de Administração no art.º 7 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.

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto, nos termos dos artigos 44º 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:**

Para além das competências próprias definidas no art.º 8º dos Estatutos do CHP anexo ao Decreto-Lei nº 12/2015, de 26 de janeiro:

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. Apreçar 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 juízo 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

Para além das competências próprias definidas no art.º 9º dos Estatutos do CHP anexo ao Decreto-Lei nº 12/2015, de 26 de janeiro:

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

Para além das competências próprias definidas no art.º 10º dos Estatutos do CHP anexo ao Decreto-Lei nº 12/2015, de 26 de janeiro:

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 definidas.

O Despacho n.º 12493/2014 nomeou o 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.

Em 2015 e de acordo com o número 1 do artigo 18º dos estatutos, o **Conselho Consultivo** foi constituído pelos restantes elementos: um representante do **Município do Porto** (Dr. Manuel Francisco Pizarro de Sampaio e Castro); um representante da ARS Norte (Prof. Doutor Álvaro Almeida); um representante dos **Utentes** (Enfermeiro Carlos Figueiras); um representante eleito pelos **Trabalhadores** (Enfermeiro António Manuel Silva); um representante do **Voluntariado** a Liga dos Amigos do CHP (Dr. Manuel Campos) e dois **Profissionais de saúde** escolhidos pelo CA (Dr. Rui Medon e Dr. António Leuschner).

Em 2016 o Conselho Consultivo reuniu em 9 de maio, de acordo com o número 1 do artigo 20º dos Estatutos do CHP, tendo sido elaborada a ata nº2/2016 da reunião.

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.

2016 (06/1 a 09/11)	Dr Sollari Allegro	Drª Elia Gomes	Dr Rui Pedroso	Dr Paulo Barbosa	Enf Eduardo Alves	Prof José Barros
Nr Ausências	13	5	3	7	5	
Nº Reuniões realizadas Ano 2016	45					
% assiduidade	71,1	88,8	93,3	84,4	88,8	
2016 (06/1 a 09/11)	Dr Sollari Allegro	Drª Elia Gomes	Dr Rui Pedroso	Dr Paulo Barbosa	Enf Eduardo Alves	Prof José Barros
Nr Ausências		1	0	0	0	0
Nº Reuniões realizadas Ano 2016	8					
% assiduidade		87,5	100	100	100	100

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

Membro do CA	Acumulação de Funções		
	Entidade	Função	Regime
Fernando José Montenegro Sollari Allegro (1)	ICBAS	Docência	Público
Élia do Céu Costa Gomes			
Rui Manuel Oliveira Pedroso			
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	ICBAS	Docência	Público
José Fernando da Rocha Barros	ICBAS	Docência	Público
Alfredo Eduardo Argulho Alves	ESC SUP ENFERMAGEM - CRUZ VERMELHA DE OLIVª AZEMEIS	Docência	Privado

(1) Presidente do Conselho de Administração até 30-09-2016

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

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 Transfusionais;
- | 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, 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, aqui:

<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=000B>

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 12/2015 de 26 de janeiro, 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 n.º 5 do art.º 414.º, do CSC.

O órgão de fiscalização é o Fiscal Único cujos membros estão identificados no ponto D relativo ao Revisor Oficial de Contas, abaixo.

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: Rodrigo, Gregório & Associado, SROC, Lda., inscrita na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas sob o nº170 e na CMVM sob o nº 20161474, representada pelo Dr. Rodrigo Mário de oliveira Carvalho, inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas sob o nº 889 e na CMVM sob o nº 20160508, com domicílio profissional na Av. da República, 1629, 1º Esq., em Vila Nova de Gaia.

Habilitações Académicas

Licenciado em Economia pela Faculdade de Economia da Univ.do Porto, em 1973.

Pós-graduação em Contabilidade e Auditoria na Universidade do Minho, em 1998 (Parte escolar do Mestrado).

Curso Contabilista, ICP, IPP, em 1968

Curso de Perito Aduaneiro, ICP, IPP, em 1969

Atividade Profissional

Atividades docentes em auditoria – Professor coordenador Aposentado do ISCAP/IPP

| Professor Coordenador no Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto (IPP), desde 1998/2016:

| Como Coordenador da área de auditoria:

Coordenador da área de auditoria, ISCAP, IPP

Diretor do Curso de Mestrado de Auditoria (até 2014)

Membro do Conselho Técnico-Científico

| Como Docente (até janeiro de 2016!):

Docente de Auditoria e Revisão de Contas e de Auditoria da Administração Pública, do Curso de Mestrado de Auditoria, IPP

Docente de Auditoria, do Curso de Licenciatura de Contabilidade e Administração, IPP

Orientador de teses e projetos profissionais, além da participação em júris externos diversos para graus académicos.

Como representante da OROC já participou em júri para título académico de especialista.



Atividades como revisor/auditor e consultor

| As atividades como Revisor Oficial de Contas /auditor inscrito na OROC sob o nº 889 e CMVM sob o nº 20160508, sócio/partner da Sociedade Rodrigo, Gregório & Associado, SROC, Lda, inscrita na OROC com o nº 170 e CMVM sob o nº 20161474,

abrange as atividades relacionadas com auditorias financeiras e auditorias operacionais e de processos, e todas as atividades relacionadas.

| As atividades como consultor são também desenvolvidas em regime independente, abrangendo peritagens judiciais, avaliação de empresas, consultoria fiscal, etc.

| Como representante da sociedade de revisão de contas, exerce o cargo de revisor oficial de contas e fiscal único em dezenas de entidades e empresas que cobrem uma gama considerável de setores de atividades (mais de 25), públicas e privadas, de base geográfica nacional.

| Neste domínio exerce funções de fiscal único em várias entidades de interesse público;

| Exerceu funções de gestão financeira e controlo orçamental e de gestão até 1995.

Associações Profissionais

| Inscrito na OROC e na CMVM, como sócio/partner de SROC, sob os nºs 170/20161474.

| Inscrito na OROC e na CMVM, como Revisor Oficial de Contas, sob o nºs 889/20160508.

| Inscrito na OTOC, como Técnico Oficial de Contas, sob o nº 13917

| Membro do IPAI/IIA – Instituto Português de Auditores Internos (corpos sociais)

Elementos curriculares relevantes do Fiscal Único suplente, Dr. Jorge Manuel da Silva Baptista Pinto,

| Licenciatura em Economia pela Faculdade de Economia do Porto (1986);

| Revisor Oficial de Contas desde 1999;

| Durante a sua atividade profissional foi responsável financeiro e consultor económico e financeiro de várias empresas;

| Início da atividade profissional como auditor numa grande empresa internacional de auditoria.

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

O funcionamento do Fiscal Único decorre das suas competências, constantes do artigo 16º dos estatutos do CHP- anexo II do Decreto-lei nº233/2005 alterado e republicado pelo Decreto-lei nº12/2015 de 26 de janeiro.

D. Revisor Oficial de Contas (ROC)

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

Mandato 2011-2013

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 exerceu funções consecutivamente junto da sociedade: 4 anos.

Mandato 2016-2018

Identificação do ROC, Fiscal Único Efetivo: Dr. Rodrigo Mário de Oliveira Carvalho, inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas sob o nº 889 e na CMVM sob o nº 20160508.

Identificação da SROC: Rodrigo, Gregório & Associado, SROC, Lda., inscrita na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas sob o nº170 e na CMVM sob o nº 20161474.

Identificação do ROC, Fiscal Único Suplente: Dr. Jorge Manuel da Silva Baptista Pinto, inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas sob o nº 1086 e na CMVM sob o nº 20160698.

Indicação do número de anos em que o revisor oficial de contas exerce funções consecutivamente junto da sociedade: 0 anos.

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

O ROC iniciou funções em dezembro para o mandato de 2016-2018 pelo que o tempo decorrido correspondente ao período com início em 29/12/2016.

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

O Despacho SETF nº 471/2012 proferido em 05/04/2012 nomeou o Fiscal Único para 2011-2013. O exercício efetivo de funções iniciou-se em abril de 2012 tendo o Fiscal Único emitido os pareceres relativos aos perí-

dos de 2012 a 2015.

Não tendo havido posteriormente despacho de nomeação ou recondução do Fiscal Único, o mesmo manteve-se em funções de acordo com o nº7 do artigo 15º do Decreto-Lei nº233/2005 alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº12/2015 de 26 de janeiro.

Entretanto, no dia 27 de junho de 2016 o Fiscal Único informou o Conselho de Administração da intenção de apresentar a renúncia ao cargo com comunicação à DGTF. O CA providenciou junto da DGTF no sentido de obter orientações e comunicou a situação através do ofício nº11389 de 4/10/2016 enviado à DGTF, à ACSS e ao Gabinete do Senhor Secretário de Estado da Saúde. Em 29/12/2016 o Despacho SEATF nº 1523/2016 nomeou o atual Fiscal Único para o mandato 2016-2018.

4. Descrição de outros serviços prestados pelo SROC à entidade 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 entidade e/ou do grupo, bem assim como a remuneração relativa ao ano em referência.

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 entidade e/ou para entidades que com ela se encontrem em relação de domínio, bem como indicação dos procedimentos internos para efeitos de aprovação da contratação de tais serviços e indicação das razões para a sua contratação.

Não aplicável.

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.

VI. ORGANIZAÇÃO INTERNA

A. Estatutos e Comunicações

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

Os Estatutos do CHP encontram-se no ANEXO II do Decreto-Lei nº233/2005 de 29 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº12/2015 de 26 de janeiro.

O CHP é uma EPE (Entidade Pública Empresarial), integrada no Setor Público Empresarial regendo-se pelo Decreto-Lei nº233/2005, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 12/2015 de 26 de janeiro. Nesta conformidade as alterações aos estatutos são feitas ao abrigo do disposto no nº3 do artigo 18º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei nº27/2002, de 8 de novembro e no Decreto-Lei nº133/2013, de 3 de outubro, e nos termos da alínea a) do nº1 do artigo 198º da Constituição, como referido no preâmbulo do Decreto-Lei nº12/2015 de 26 de janeiro.

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

O Centro Hospitalar do Porto (CHP) orienta a sua atividade por valores de responsabilidade, integridade, transparência e ética. De forma complementar a estes princípios institucionais, o CHP tem definidas orientações de conduta claras para todos os profissionais, órgãos e quadros dirigentes, divulgadas através do seu código de ética.

Por outro lado, os Estatutos do CHP consagram os princípios de uma política interna de comunicação de irregularidades, criando deste modo mais condições para fomentar uma cultura de maior transparência e responsabilização.

Deste modo, assente nos princípios orientadores definidos nos Estatutos constantes do anexo II do Decreto-lei nº233/2005 de 29 de Dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-lei nº12/2015 de 26 de janeiro, nomeada-



mente no artigo 17º-A, nº1 e nº4 e no artigo 17º, nº2, alínea b), mediante proposta do Serviço de Auditoria Interna (SAI), o Conselho de Administração (CA) aprovou em 17/02/2016 o regulamento que define as regras e procedimentos da comunicação interna de irregularidades do CHP e que se encontra implementado à data de elaboração do presente relatório.

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 de acordo com as recomendações do Tribunal de Contas. O Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas encontra-se em fase de atualização e melhoria, nomeadamente aperfeiçoamento da área da contratação pública recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC).

B. Controlo interno e gestão de riscos

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

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.

O Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas encontra-se em fase de atualização e melhoria, nomeadamente à área da contratação pública e às recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC).

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.

| Regulamento de Comunicação Interna de irregularidades.

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 o Serviço de Auditoria Interna de acordo com o artigo 17º do Decreto-Lei nº233/2005 alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº12/2015.

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 aguardando-se a substituição do anterior técnico de auditoria.

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 nº12/2015.

3. Em caso de existência de um Plano estratégico e de política de risco da entidade, 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. Relativamente ao Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas o mesmo encontra-se em fase atualização e melhoria.

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

O Serviço de Auditoria Interna do 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 entidade se expõe no exercício da atividade.

Os riscos no CHP entendem-se do seguinte modo:

a) 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.

b) 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.

c) 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*.

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 entidade relativamente ao processo de divulgação de informação financeira.

Relativamente ao processo de 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.

Destacamos os principais elementos do SCI e de gestão de risco implementados nesta área:

| Manuais administrativos e contabilísticos que formalizam as regras e procedimentos de controlo instituídos e existem ainda, complementarmente, instruções de trabalho e outros procedimentos mais específicos.

| Segregação de Funções.

| Reporte e análise interna de informação de execução orçamental, económica e financeira.

| Em matéria de controlo financeiro e deveres especiais de informação, o CHP tem instituído submeter aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, os seguintes elementos:

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. Por outro lado, como refere o artigo 11º do Decreto-Lei nº233/2005 alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº12/2015.

E o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

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 do sítio da entidade onde estes elementos se encontram disponíveis 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 12/2015, 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. Em 2015 a Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro foi alterada e republicada pela Lei n.º 22/2015 de 17 março.

Na sequência da aprovação da LCPA, veio o Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de junho disciplinar os procedimentos necessários à aplicação da LCPA e à operacionalização da prestação de informação. O Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de junho em 2015 foi alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 99/2015 de 2 de junho.

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 n.º 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 n.º 133/2013 e que se encontra em vigor e é aplicável a todos os profissionais. O atual Código de ética foi elaborado e publicado em 25/01/2010.

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 do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC) para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros), 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 entidade onde se encontra publicitado o respetivo Relatório Anual de Execução do PGRIC (vide artigo 46.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro).

O CHP tem um Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas, elaborado de acordo com as recomendações do Tribunal de Contas.

Na sequência das recomendações do relatório de avaliação do Serviço de Auditoria Interna em 2016, o plano

encontra-se em atualização e melhoria, nomeadamente aperfeiçoamento da área da contratação pública, recomendações posteriores do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), cumprimento do artigo 46º do Decreto-Lei nº133/2013, legislação e regulamentação em vigor sobre prevenção da corrupção e elaboração de relatório identificativo das ocorrências, ou risco de ocorrências.

D. Deveres especiais de informação

Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de informação a que a entidade se encontra sujeita, nomeadamente os relativos ao reporte de informação económica e financeira (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 as plataformas de reporte de dados do SIRIEF – Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira, os serviços online da ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, o site institucional e site do SNS www.sns.gov.pt

Para cada alínea indica-se a hiperligação para o site institucional.

a) Prestação de garantias financeiras ou assunção de dívidas ou passivos de outras entidades, mesmo nos casos em que assumam organização de grupo; Não há prestação de garantias financeiras ou assunção de dívidas ou passivos de outras entidades nem mesmo casos em que assumam organização de grupo.

b) Grau de execução dos objetivos fixados, justificação dos desvios verificados e indicação de medidas de correção aplicadas ou a aplicar;
<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=000E>

c) Planos de atividades e orçamento, anuais e plurianuais, incluindo os planos de investimento e as fontes de financiamento;
<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=000H>

d) Orçamento anual e plurianual;
<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=000H>

e) Documentos anuais de prestação de contas;
<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=000E>

f) Relatórios trimestrais de execução orçamental acompanhados dos relatórios do órgão de fiscalização.
<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=000E>

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

As plataformas utilizadas são o SIRIEF – Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira, os serviços online da ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, o site Institucional do CHP e o site do SNS.

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 da Internet

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

O sítio da internet do CHP é o seguinte: www.chporto.pt

a) Sede e demais elementos mencionados no artigo 171.º do CSC;
<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0A0F>

b) Estatutos e regulamentos de funcionamento dos órgãos e/ou comissões;
<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=000A>

c) Titulares dos órgãos sociais e outros órgãos estatutários e respetivos elementos curriculares, bem como as respetivas remunerações e outros benefícios;
<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=000D>

d) Documentos de prestação de contas anuais e, caso aplicável, semestrais;
<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=000E>

e) Obrigações de serviço público a que a entidade está sujeita e os termos contratuais da prestação de serviço público;
<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=000D>

f) Modelo de financiamento subjacente e apoios financeiros recebidos do Estado nos últimos três exercícios.
<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=000D>



F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral

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

O CHP celebrou o Acordo modificativo para o ano de 2016 que prorrogou para esse ano o Contrato-programa para a definição dos objetivos do plano de atividades do CHP que foi estabelecido para o triênio 2013-2015. A contratualização da atividade e definição dos níveis de produção e respetiva remuneração entre outros parâmetros de atividade é feita nestes termos, não se enquadrando no âmbito da concessão de subvenções públicas de acordo com o Decreto-Lei n.º 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.

VII. REMUNERAÇÕES

A. Competência para a Determinação

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

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 triênio 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 SEATF n.º 1523/2016.

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

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 n.º 133/2013 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 SEATF, no caso atual pelo Despacho n.º 1523/2016-SEATF.

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

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 entidade, proveniente da entidade, incluindo remuneração fixa e variável e, relativamente a esta, menção às diferentes componentes que lhe deram origem, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação.



Conselho de Administração

Membro do CA	Remuneração Anual - 2016 (€)					
	Fixa (1)	Variavel (2)	Bruto (3)=(1)+(2)	Reduções Remuneratórias (4)	Reversões Remuneratórias (5)	Valor Bruto Final (6)=(3)-(4)+(5)
Fernando José Montenegro Sollari Allegro (1)	66.196,44 €		66.196,44 €	2.857,93 €	2.924,12 €	60.414,39 €
Élia do Céu Costa Gomes	65.364,00 €		65.364,00 €	1.718,82 €	3.412,26 €	60.232,92 €
Rui Manuel Oliveira Pedroso	65.364,00 €		65.364,00 €	1.718,82 €	3.412,26 €	60.232,92 €
Paulo Jorge Barbosa Carvalho (2) (3)	75.779,99 €		75.779,99 €	2.440,85 €	3.405,83 €	69.933,31 €
José Fernando da Rocha Barros (3)	6.553,60 €		6.553,60 €	325,64 €	0,00 €	6.227,96 €
Alfredo Eduardo Argulho Alves	65.364,00 €		65.364,00 €	1.718,82 €	3.412,26 €	60.232,92 €
Total			344.622,03 €	10.780,88 €	16.566,73 €	317.274,42 €

1) O valor da remuneração Fixa corresponde ao vencimento +despesas de representação (sem reduções/reversões remuneratórias)

(4) e (5) reduções e reversões remuneratórias previstas no artigo 12º da Lei nº 12-A/2010, de 30 de junho, na Lei nº 75/2014, de 12 de setembro e na Lei nº 69-A/2015, de 30 de dezembro

Nota CHP:

(1) Presidente do Conselho de Administração até 30-09-2016

(2) Entre 1 de janeiro e 15 de Abril de 2016, auferiu a remuneração de 4.107,02 (OPRLO), data a partir da qual passou a auferir o valor correspondente à categoria de Assistente Graduado Sénior, (via procedimento concursal), mantendo a opção pela remuneração do lugar de origem

(3) Paulo Jorge Barbosa Carvalho - Presidente do Conselho de Administração e José Fernando da Rocha Barros - Diretor Clínico a partir de 30-11-2016

Membro do CA	Sub. Refeição		Benefícios Sociais(€)					
			Regime de Proteção Social		Encargo Anual Seguro de Saúde	Encargo Anual Seguro de Saúde	Outros	
	Valor/Dia	Montante pago ano	Identificar	Encargo Anual			Identificar	Valor
Fernando José Montenegro Sollari Allegro (1)	4,27 €	627,69 €	CGA	18.896,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €
Élia do Céu Costa Gomes	4,27 €	841,19 €	CGA	16.001,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €
Rui Manuel Oliveira Pedroso	4,27 €	930,86 €	SEGURANÇA SOCIAL	16.001,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	4,27 €	977,83 €	CGA	18.714,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €
José Fernando da Rocha Barros	4,27 €	76,86 €	CGA	1.957,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €
Alfredo Eduardo Argulho Alves	4,27 €	947,94 €	CGA	16.001,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €
	Total	4.402,37 €	-	87.570,00 €	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €

(1) Presidente do Conselho de Administração até 30-09-2016

Nome	Encargos com Viaturas 2016									
	Viatura atribuída [S/N]	Celebração de contrato [S/N]	Valor de referência da viatura [€]	Modalidade (1) [identificar]	Ano Início	Ano Termo	Nº Prestações	Valor da Renda Mensal [€]	Gasto Anual com Rendas [€]	Nº Prestações Contratuais Remanescentes [€]
Fernando José Montenegro Sollari Allegro	S	N	34.997,98 €	Aquisição	2015	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Élia do Céu Costa Gomes	S	S	35.000,00 €	Leasing	2007	2010	36	n.a.	n.a.	n.a.
Rui Manuel Oliveira Pedroso	S	N	33.812,20 €	Leasing	2008	2011	36	n.a.	n.a.	n.a.
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	S	N	34.900,00 €	Leasing	2007	2010	36	n.a.	n.a.	n.a.
Alfredo Eduardo Argulho Alves	S	S	29.700,00 €	Leasing	2006	2009	36	n.a.	n.a.	n.a.

Membro do CA	Gastos anuais associados a Deslocações em Serviço (€)				
	Deslocações em Serviço [€]	Custo com Alojamento [€]	Ajudas de custo [€]	Outras	
				Identificar	Valor [€]
Fernando José Montenegro Sollari Allegro					0,00 €
Élia do Céu Costa Gomes		210,00 €			210,00 €
Rui Manuel Oliveira Pedroso	84,80 €	343,00 €			427,80 €
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	84,80 €				84,80 €
Alfredo Eduardo Argulho Alves	30,30 €	140,00 €			170,30 €
Total					892,90 €

Membro do CA	EGP			
	Fixado [S/N]	Classificação [A/B/C]	Remuneração mensal bruto (€)	
			Vencimento Mensal	Despesas Representação
Fernando José Montenegro Sollari Allegro (1)	S	B	5.664,86 €	1.663,00 €
Élia do Céu Costa Gomes	S	B	3.891,00 €	1.556,00 €
Rui Manuel Oliveira Pedroso	S	B	3.891,00 €	1.556,00 €
Paulo Jorge Barbosa Carvalho (2) (3)	S	B	4.956,75 €	1.663,00 €
José Fernando da Rocha Barros (3)	S	B	4.956,75 €	1.556,00 €
Alfredo Eduardo Argulho Alves	S	B	3.891,00 €	1.556,00 €

(1) Presidente do Conselho de Administração até 30-09-2016

(2) Entre 1 de janeiro e 15 de Abril de 2016, auferiu a remuneração de 4.107,02 (OPRLO), data a partir da qual passou a auferir a remuneração correspondente à categoria de Assistente Graduado Sénior (via procedimento concursal), mantém OPRLO.

(3) Paulo Jorge Barbosa Carvalho - Presidente do Conselho de Administração e José Fernando da Rocha Barros - Diretor Clínico a partir de 30-11-2016



2. Indicação dos montantes pagos, por outras entidades 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 entidade, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação.

O Fiscal Único auferiu em 2016, uma remuneração de 3.657 euros, a qual acresce IVA à taxa legal em vigor dado que a prestação de serviços foi apenas de 4 meses.

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.

O CHP não tem partes relacionadas, não há nenhuma participação de capital em investimentos financeiros.

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

Nada a assinalar.

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

NIF	Entidade	Valor 2016 c/ IVA
503135593	Administração Regional de Saúde do Norte, IP	3.152.334,54
503504564	EDP Comercial - Comercialização de Energia, SA	2.639.849,89
500900469	SUCH - Serviço de Utiliz. Comum dos Hospitais	2.503.374,00
500142858	ITAU-IST.Tecnico Alimentação, SA	2.319.987,37
500239894	Santa Casa Misericórdia Porto	1.952.769,22

VIII. TRANSAÇÕES COM PARTES RELACIONADAS E OUTRAS

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

IX. ANÁLISE DE SUSTENTABILIDADE DA ENTIDADE NO DOMÍNIO ECONÓMICO, SOCIAL E AMBIENTAL

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

| Otimização da performance produtiva, igualando, por serviço, o melhor resultado observado no biénio anterior.

| Redução do Consumo de Produtos Farmacêuticos e de Material de Consumo Clínico.

| Redução da prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

| Rentabilização da capacidade instalada, através da intensificação da utilização de instalações e equipamentos, de forma a maximizar a produção e o número de doentes tratados.

| Redução do custo unitário dos tratamentos por via da intensificação da utilização dos meios disponíveis, dentro dos limites da capacidade das equipas.

| Manutenção do CHP como entidade formadora certificada no suporte básico de vida o que permitiu a capacitação dos profissionais nesta área fundamental para os cuidados de saúde.

| Manutenção de formadores internos para ministrar a maioria das ações como estratégia para redução da despesa com a formação institucional e que foi cumprida.

| Na área de valorização curricular foi mantida a possibilidade da prática estatuto de bolseiro, destinado aos profissionais ligados a projetos académicos e a atribuição de bolsas de diferenciação curricular.

| Na área de I&D foi estabelecida e concretizada uma estratégia de realização de consórcios para investigação, possibilitando a competitividade. Existiu ainda a aposta em terapêuticas inovadoras sem custos acrescidos (ensaios clínicos) e o estímulo à aplicação de verbas como modo de gerar mais investigação.

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

Política de Gestão Partilhada assente nos seguintes pilares:

| Planeamento anual assente numa metodologia de construção bottom-up pressupondo a participação dos profissionais, níveis intermédios e gestão de topo, no respeito pelas linhas orientadoras definidas pela Tutela;

| Ciclo de planeamento encerrado pela celebração de contrato escrito, com níveis de produção estabelecidos, indicadores de acesso, qualidade e eficiência;

| Acompanhamento periódico da concretização da atividade e custos, assinalando desvios e estimulando correções, em sessões públicas, lideradas pelo órgão de gestão, com a presença dos responsáveis intermédios;

| Monitorização da atividade clínica realizada, através da possibilidade de consulta de plataforma de business intelligence, com diferentes níveis de acesso em função das responsabilidades atribuídas ao profissional;

| Monitorização de indicadores clínicos de benchmarking que promovem a supervisão ao nível da qualidade assistencial, eficiência e produtividade face aos hospitais similares;

| Acesso ao perfil de prescrição de medicamentos e de requisição de meios complementares de diagnóstico a todos os médicos (análise do perfil do indivíduo e comparação ao standard), respetivas hierarquias e responsáveis pela gestão, de forma a modelar comportamentos individuais à melhor prática baseada na evidência.

Política de Gestão da Qualidade e Estratégia de Concretização:

| A Política de Gestão da Qualidade configura para o CHP o compromisso de cumprir e fazer cumprir uma estratégia de concretização das diversas vertentes da política de qualidade através, nomeadamente:

I. Missão, Visão e Valores partilhados e assimilados por todo o centro hospitalar, que informarão as decisões descentralizadas e que moldarão uma cultura que favoreça a excelência de resultados em saúde, a orientação para os doentes, o respeito pelas pessoas, a responsabilidade e ética, a abertura ao debate, a participação em equipas e ações de melhoria contínua;

II. Estratégia de qualidade que considere as prioridades definidas e a necessidade de desenvolver o sistema de gestão da qualidade, particularmente:

II.1. Cumprimento dos standards internacionais de qualidade organizacional (acreditação, certificação) assim como das leis, regulamentos e normas vigentes nas áreas da saúde e da qualidade;



II.2. Procura de melhoria contínua da qualidade e de redução do desperdício, através:

| De projetos que melhorem os recursos, os processos e os resultados,

| Da fixação de objetivos de qualidade para todos os serviços,

| Da análise de indicadores de qualidade e comparação com os melhores desempenhos, nacionais e internacionais,

| Da avaliação e controlo do desempenho e de melhoria da prestação de contas no hospital;

II.3. Definição e cumprimento de normas de boa prática clínica, com sistemática auditoria clínica e revisão de utilização.

II.4. Prevenção e minimização de riscos, clínicos e não clínicos, de modo a evitar eventos adversos e acidentes, assegurando um ambiente seguro para os doentes e profissionais.

II.5. Formação e desenvolvimento, de profissionais e gestores, e promoção do trabalho em equipa nos cuidados de saúde, na melhoria contínua da qualidade e na gestão.

II.6. Programas de melhoria dirigidos aos profissionais pela saúde ocupacional para prevenção da doença e promoção da saúde, análise e correção de fatores de insatisfação, com base em inquéritos estruturados a realizar periodicamente.

II.7. Definição pelo Conselho de Administração das prioridades de atuação no âmbito da qualidade, designadamente na melhoria da efetividade clínica, segurança das pessoas, melhoria do atendimento e do serviço prestados.

II.8. Estrutura que integra as Comissões nas áreas fundamentais e um Departamento da Qualidade, com o papel de apoio e facilitação do cumprimento dos objetivos de qualidade e com a missão, funções e composição que se encontram enunciadas no Regulamento Interno.

II.9. Inclusão nos Planos Anuais de todos os serviços e departamentos de objetivos de qualidade, em conformidade com os que foram contratualizados externamente pelo hospital e outros, considerando a especificidade e a necessidade de melhoria de desempenho de cada serviço.

O grau de cumprimento da estratégia da qualidade apresentada pode ser demonstrado por:

A. Excelência Clínica – Prémio TOP5_16 Excelência dos Hospitais atribuído ao CHP pelo 3º ano consecutivo.
http://www.iasist.pt/iasist_pt/files/Publicacao_TOP5_2016.pdf

B. Centros de Referência atribuídos ao CHP (12). Despacho nº11297/2015 de 8 de outubro; Despacho nº3653/2016 de 11 de março; Despacho nº 9414/2016 de 22 de Julho;

C. Centros incluídos na Rede de Referência Europeia (2);

D. Acreditação Internacional com validade até Julho de 2018 – Acreditação pelo CHKS, cujo modelo não prevê graus parciais de cumprimento como resultado final. A entidade tem o grau de acreditação somente se cumprir 100% dos critérios obrigatórios;

E. Certificação ISO 9001 em 12 Serviços:

Serviço de Nutrição e Alimentação

Serviços Farmacêuticos

Programa de transplante de córnea

Serviço de Hematologia Clínica

Serviço de Microbiologia

Centro de Procriação Medicamente Assistida – CHP

Unidade de Esterilização Central

Serviço de Logística

Serviço de Hospital de Dia Polivalente

Serviço de Urgência

Serviço de Nefrologia

Laboratório Centralizado (CORELAB).

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

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

A política de responsabilidade social e de desenvolvimento sustentável do CHP encontra-se radicada no seu Regulamento Interno, documento estruturante e orientador da sua ação, através da sua definição de Missão:

O CHP é um “hospital central e universitário (...) 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.

Também os valores pelos quais o CHP se orienta na sua atividade traduzem as preocupações do artº 49º do RJSPE:

- a) Saúde dos doentes e qualidade do serviço;
- b) Orgulho e sentimento de pertença;
- c) Excelência em todas as atividades, num ambiente que privilegia a qualidade e segurança;
- d) Respeito pelas pessoas, trabalho de equipa e colaboração com outros profissionais;
- e) Responsabilidade, integridade e ética.

A Missão e Valores que se acaba de transcrever encontram eco no Código de Ética de CHP, que configura um referencial para a atuação, ações e comportamentos de todos os profissionais.

No que respeita, particularmente, à proteção dos consumidores, o CHP dá cumprimento ao estabelecido na Lei nº15/2014, de 21 de Março – Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, através da transposição para procedimento interno - PG.DQ.GER.003 - Direitos e Deveres do Utente nos Serviços de Saúde - dos seus princípios e normas.

O conhecimento dos direitos e deveres pelo utente e pelos utilizadores dos serviços de saúde contribui para a melhoria progressiva dos Cuidados e dos Serviços, entendendo-se que utentes exigentes promovem cuidados de excelência. Este procedimento representa, assim, mais um passo no caminho da dignificação dos utentes, do pleno respeito pela sua particular condição e da humanização dos cuidados de saúde, caminho que os utentes, os profissionais e a comunidade devem percorrer lado a lado.

Neste âmbito, foi criado um conjunto de ferramentas e circuitos através dos quais se pretende assegurar a distribuição e a acessibilidade desta informação aos utentes, crianças hospitalizadas, visitantes e acompanhantes, nomeadamente:

| Manual de Acolhimento – Este manual é distribuído pelo Enfermeiro, preferencialmente, no momento de admissão, a todos os utentes adultos internados com o objetivo de fornecer informações globais sobre o CHP;

| Cartazes - São colocados de forma bem visível e em destaque na entrada dos Serviços e Unidades do Hospital, bem como nos locais onde haja acesso de utentes, visitantes e acompanhantes, como por exemplo, Consultas Externas, Urgências, Blocos Operatórios;

| Panfleto com Direitos da Criança Hospitalizada – É distribuído de forma sistemática a todas as crianças hospitalizadas, seus acompanhantes ou responsáveis. O exemplar é disponibilizado pelo Enfermeiro, preferencialmente, no momento da admissão, no caso de inter-

namento. Em situação de Consulta Externa/Urgência, o panfleto encontra-se disponível nas áreas de espera. Alguns exemplares podem ainda encontrar-se disponíveis nos serviços, em locais de fácil acesso.

| Meios audiovisuais – Disponibilização de informação sobre os direitos e deveres dos utentes, visitas, acompanhantes e crianças hospitalizadas através de televisores instalados nas salas de espera ou zonas comuns.

| Questionários de avaliação da satisfação - questionário que pode ser disponibilizado em papel ou através de um meio eletrónico para preenchimento. Um questionário de avaliação do grau de satisfação tem diferentes tipos de perguntas/dimensões cuja análise estatística é feita com três objetivos:

1. Fazer uma medição dos níveis de satisfação geral, das dimensões e dos respetivos atributos de satisfação.
2. Diagnosticar e determinar quais os atributos e dimensões que explicam os níveis de satisfação encontrados.
3. Contribuir para o processo de melhoria contínua da prestação de cuidados.

Na vertente acessibilidade, atributo essencial de qualidade dos serviços prestados ao consumidor de cuidados de saúde, estão implementados mecanismos de monitorização e controlo do acesso, pela Unidade Hospitalar de Inscritos para Cirurgia – UHGIC - e pela Direção da Consulta Externa. Estas entidades monitorizam – e estimulam o cumprimento – dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) estabelecidos na Lei e na Carta de Direitos do Doente, em função da prioridade clínica que lhes está atribuída: normal, prioritário ou muito prioritário.

Para além das iniciativas elencadas, há um conjunto estruturado de procedimentos de aplicação transversal e obrigatória, que ilustram a preocupação com o consumidor de cuidados de saúde, com a forma como é organizada a sua passagem pelo CHP, seja em regime de internamento ou em ambulatório, tenha a condição de doente crónico, agudo ou crítico, dos quais é oportuno salientar:

1. Política de admissão;
2. Identificação do utente;
3. Política de transferência de doentes;
4. Política de alta;
5. Política de acompanhamento do doente terminal;
6. Política para lidar com a morte;
7. Estratégia de comunicação (que inclui doentes e familiares, assim como associações de utentes);
8. Gestão das reclamações, sugestões, elogios/ louvores.



O último item mencionado, constitui um passo adiante, na medida em que, sem prejuízo do escrupuloso cumprimento do regime instituído pelo Decreto-Lei nº 126/2014 de 22 de agosto, e pelo Regulamento ERS nº 65/2015 assegurado pelo Gabinete do Cidadão do CHP, que garante ao consumidor a possibilidade de reclamar – ser ouvido – e o direito a uma resposta, estimula-se o estabelecimento de uma relação de parceria com o utente ou seu acompanhante, convidando-os a participar na melhoria contínua dos serviços prestados através da apresentação de sugestões, e a reconhecer a ação dos serviços, equipas ou profissionais como indutor de excelência.

Adicionalmente, o CHP prossegue objetivos de responsabilidade social, designadamente no que aos consumidores internos diz respeito, particularmente em matéria de transparência, quando torna acessível às partes interessadas todas as informações sobre questões que as afetam e procurando, em tempo útil, prestar os esclarecimentos solicitados. Neste contexto, encontram-se os processos de seleção e recrutamento, de processamento de abonos sociais e remunerações, da formação profissional e sem discriminação de género, raça, idade, orientação sexual ou religiosa.

É de salientar que a Casa de Pessoal do CHP, está estada nos seus sócios mas também e efetivamente na administração do hospital. As atividades por aquelas desenvolvidas contam com as instalações e logística do CHP e constitui um fator motivacional dos seus profissionais e de união, já que os profissionais aposentados nela participam.

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

O CHP tem implementado medidas de sustentabilidade ambiental de diversa natureza, de entre as quais se destacam:

- | Política de redução de consumos energéticos e proteção ambiental, pela substituição sistemática da iluminação tradicional por iluminação com tecnologia LED;
- | Política de redução de consumos energéticos e proteção ambiental, pela automatização de controlo automático da iluminação;
- | Política de redução de consumos energéticos e proteção ambiental, pela renovação gradual dos equipamentos de climatização;
- | Política de redução de consumos energéticos e proteção ambiental, pela substituição de componentes eletrónicos nos equipamentos de progressão vertical;
- | Análises regulares da qualidade da água para consumo, no sentido de deteção precoce de anomalias que possam comprometer o ambiente;
- | Utilização permanente de Estações de tratamento de águas residuais, no sentido de garantir a mais eficaz e segura pro-

teção ambiental, no que a efluentes líquidos respeita;

| Contratualização de recolha e tratamento de resíduos sólidos, no sentido de garantir a mais eficaz e segura proteção ambiental, no que a efluentes sólidos respeita;

| O CHP investiu e continua a investir na proteção ambiental quando encetou e tem em desenvolvimento processos de desmaterialização de documentos, utilizando ferramentas que permitem a circulação e arquivo virtual da documentação. (na Conferência do Clima, realizada em Paris, em dezembro de 2015, a digitalização foi também apontada como um dos elementos de transição para um mundo com baixa emissão de carbono).

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

Dos 4.239 profissionais vinculados ao CHP, 74.85% são colaboradores do sexo feminino.

Remuneração base	
Homens	Mulheres
1.602,33 €	1.413,29 €

A diferença da média da remuneração base (Dezembro de 2016) entre homens e mulheres não é relevante:

Apesar de já apresentar uma diferença com algum significado, quando avaliamos todos os abonos processados em Dezembro/2016, esta disparidade é justificada pela maior disponibilidade do sexo masculino para a realização de trabalho extraordinário, sobretudo noturno, o que mais não reflete que as características culturais em que nos inserimos.

Abonos totais Dez/2016	
Homens	Mulheres
2.201,28 €	1.719,48 €

A conciliação entre a vida profissional e pessoal tem sido uma preocupação deste CHP que se pode traduzir no facto de terem sido autorizados todos os horários flexíveis autorizados para acompanhamento de filhos menores (18 H e 166 M). O mesmo se encontra refletido na dispensa diária de 2 horas para amamentação / aleitação de 182 mulheres (a Dezembro de 2016).

A concessão do estatuto de trabalhador estudante (54 trabalhadores – 15H e 39M) denota também esta preocupação conciliadora e motivadora dos seus profissionais.

d) Referência a medidas concretas no que respeita ao Princípio da Igualdade do Género, conforme estabelecido no n.º 1 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 19/2012, de 23 de fevereiro;

A adoção de medidas concretas no que respeita ao Princípio de Igualdade do Género estão salvaguardadas, desde logo, pela Constituição da República Portuguesa e pela obrigatoriedade legal de tornar claro nos processos de recrutamento que não existe discriminação de género.

Política de Igualdade - em cumprimento da alínea h) do artigo 9.2 da Constituição da República Portuguesa, a Administração Pública, enquanto entidade empregadora, promove ativamente uma política de igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no acesso ao emprego e na progressão profissional, providenciando escrupulosamente no sentido de evitar toda e qualquer forma de discriminação.

Não há diferenciação nestes processos, como também não o há em processos de promoção, em remunerações ou ainda em nomeações para cargos de chefia.

Quanto a remunerações, como anteriormente referido, não há desigualdade e o mesmo se poderá dizer quanto ao acesso a cargos de Direção/chefia:

Chefias no CHP

● Homens ● Mulheres



e) Identificação das políticas de recursos humanos definidas pela entidade, as quais devem ser orientadas para a valorização do indivíduo, para o fortalecimento da motivação e para o estímulo do aumento da produtividade, tratando com respeito e integridade os seus trabalhadores e contribuindo ativamente para a sua valorização profissional (vide n.º 1 do artigo 50.º do RJSPE);

A política de valorização dos profissionais reflete-se na formação institucional e no estímulo proporcionado pelo CHP à melhoria curricular e aquisição de diferenciação académica e pós-graduada.

Na formação institucional foram contemplados 69 cursos correspondendo a 273 ações com as seguintes temáticas:

| Emergência Médica Interna, Doente Crítico e Emergente, Qualidade Assistencial, Gestão do Risco e Segurança, Competências Técnicas, Competências Relacionais, Tecnologias da Informação e Comunicação e Gestão.

Todos os grupos profissionais participaram em ações de formação, conforme se descreve na tabela abaixo.

Distribuição da formação por grupo profissional

Formação 2016			
Grupo profissional	Nº de participantes	Nº de presenças	Nº de horas
Assistente técnico	266	381	4084
Assistente operacional (AAM)	508	738	2663
Assistente operacional (Outros)	41	42	23
Enfermeiro	881	1741	8900
Informático	3	3	9
Médico	464	823	3575,5
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	133	211	952
Técnico Superior	61	95	704,5
Técnico Superior de Saúde	57	87	406
Outros	34	51	427

O CHP contribuiu ativamente para a valorização dos seus profissionais atribuindo 30 bolsas individuais para diferenciação curricular, sendo 17 destas dadas a enfermeiros. A produtividade nos campos formativos, de ensino e de investigação é gratificada através dos "Prémios Sollari Allegro" para os serviços e investigadores.

Na valorização dos seus recursos humanos o CHP tem investido quer na formação interna, quer na externa. Do universo de 4.256 profissionais (inclui 366 Internos), durante o ano de 2016, foram consumidos 5.193 dias em formação a que corresponde 3.750 participações.



f) Informação sobre a política de responsabilidade económica, com referência aos moldes em que foi salvaguardada a competitividade da entidade, designadamente pela via de investigação, inovação, desenvolvimento e da integração de novas tecnologias no processo produtivo (vide n.º 1 do artigo 45.º do RJSPE). Referência ao plano de ação para o futuro e a medidas de criação de valor para o acionista (aumento da produtividade, orientação para o cliente, redução da exposição a riscos decorrentes dos impactos ambientais, económicos e sociais das atividades, etc.).

O CHP salvaguarda a sua competitividade científica e tecnológica nos seus campos de competência naturais, através de investigação, inovação e desenvolvimento nas áreas da Medicina Clínica, da Medicina Básica e das Ciências da Saúde, em conformidade com a nomenclatura Fields of Science (FOS-2007) da OCDE. O ensino universitário da Medicina (ICBAS-CHP) e os estágios curriculares de áreas de Ciências da Saúde representaram a presença de cerca de 2000 estudantes na Instituição.

O Centro Hospitalar possui um departamento organizado (Departamento de Ensino, Formação e Investigação – DEFI) para suporte, dinamização e incentivo de projetos académicos, de ensaios clínicos e de projetos científicos de enquadramento nacional e europeu. Através deste departamento o CHP implementou as seguintes medidas:

| Organizar-se de modo competitivo na rede nacional para a investigação inserindo-se no consórcio Portuguese Clinical Research Infrastructures Network (PtCRIN) e estando associado ao Paediatric Clinical Research Infrastructure Network (PedCRIN). Com o propósito de ligar a ciência à Cidade do Porto ligou-se ao consórcio Porto4Ageing, parceria que reúne mais de 90 organizações, a maioria estabelecida dentro da Área Metropolitana do Porto e envolve prestadores de Cuidados; Empresas/Indústria; Academia/Investigação e Sociedade Civil/Utilizadores;

| Acompanhamento de nove projetos financiados pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) e pela União Europeia;

| Atividade em 104 ensaios clínicos, permitindo oferecer aos doentes terapêutica avançada e inovadora sem custos acrescidos;

| Integração de sete protocolos de investigação com dispositivos médicos como forma de ligar as novas tecnologias aos cuidados de saúde;

| Cooperação contínua com a Universidade traduzida por 15 projetos de investigação inseridos em teses de doutoramento e 68 em teses de mestrado em medicina;

| Aplicação intramuros das verbas que provêm de estudos de investigação (ensaios clínicos, estudos observacionais, estudos com dispositivos médicos). Esta medida possibilitou gerar mais inovação. Bolsas geradas:

- 4 para projetos de investigação;
- 15 para bolseiros em atividade.

O Centro Hospitalar tem regulamento próprio para candidatura a bolsas e está organizado o Núcleo do Bolseiro.

No inquérito IPCTN14 da Direção-Geral de Estatísticas de Educação e Ciência e relativamente ao volume de despesa intramuros em atividades de I&D (dados de 2016), entre 372 instituições saúde a nível nacional, o CHP ficou em 1º lugar na área de Ciências da Saúde, em 2º na Medicina Clínica e 3º na Medicina Básica.

No plano de ação está o aumento da capacidade instalada para a realização de ensaios clínicos e procura de financiamento para ensaios de iniciativa dos investigadores do CHP. Na área de inovação serão criadas condições para a inserção em Laboratórios Colaborativos, de modo a ir de encontro às novas estratégias de financiamento da FCT.

X. 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 existem outras informações.
Porto, 29 de março de 2017

O Conselho de Administração,

Paulo Jorge Barbosa Carvalho – *Presidente*

Élia do Céu Costa Gomes – *Vogal Executivo*

Rui Manuel Oliveira Pedroso – *Vogal Executivo*

José Fernando da Rocha Barros – *Diretor Clínico*

Alfredo Eduardo Argulho Alves – *Enfermeiro Diretor*



XI. ANEXOS DO RGS

1. Extrato da ata de aprovação pelo do órgão de administração.

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE	 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	 centro hospitalar do Porto
--	--	--

Extrato da ATA N.º 13/2017

“ Aos vinte e nove dias do mês de março do ano dois mil e dezassete, pelas dez horas, no Centro Hospitalar do Porto, EPE., reuniu o Conselho de Administração, estando presentes, o Presidente do Conselho de Administração, Dr. Paulo Barbosa, os Vogais Executivos, Dr^a Élia Costa Gomes e Dr. Rui Pedroso, o Diretor Clínico, Prof Doutor José Barros e o Enfermeiro Diretor, Enf.º Eduardo Alves. -----

De acordo com a Ordem de Trabalhos estabelecida foram tomadas as seguintes deliberações: -----

...

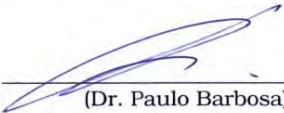
52. Aprovar o Relatório de Governo Societário do CHP, EPE relativo ao ano de 2016. -----

...

Todas as deliberações tomadas nesta reunião foram aprovadas por unanimidade, e fundamentam-se nos termos da presente ata e dos respetivos processos. -----

E nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão pelo Presidente, da qual e para constar foi lavrada a presente ata que uma vez lida e achada conforme por todos vai ser assinada. ----- “

O Conselho de Administração,



(Dr. Paulo Barbosa)

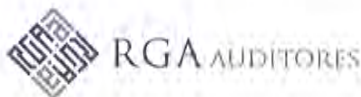


(Prof Doutor José Barros)

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO
Morada/Address: Largo Prof. Abel Salazar 4099-001 PORTO, Portugal | secretaria.geral@chporto.min-saude.pt | Telefone/Phone: +351 222077500 | Fax: +351 223320318
www.chporto.pt

RELATÓRIO SOCIETÁRIO

2. Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o n.º 2 do artigo 54.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro.



RELATÓRIO E PARECER DO FISCAL ÚNICO

1. Nos termos da lei e do mandato que nos conferiram, apresentamos o relatório sobre a atividade fiscalizadora desenvolvida e sobre os documentos de prestação de contas do CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, E.P.E. (adiante designado CHP EPE), relativamente ao exercício terminado em 31 de dezembro de 2016.

2. No decurso do exercício, acompanhámos com a periodicidade e a extensão que considerámos adequada a atividade do CHP EPE. Verificámos a regularidade da escrituração contabilística e da respectiva documentação, vigiando também pela observância dos estatutos e da lei, tendo recebido da Administração e dos diversos serviços todos os esclarecimentos solicitados.

3. Verificamos também, no âmbito do artº 420º do CSC, que o CHP EPE procedeu ao cumprimento das orientações legais vigentes para o SEE, designadamente o cumprimento das orientações relativas às remunerações vigentes em 2016, assim como aferimos o cumprimento da exigência constante no nº 1 do artigo 54º do RJSPE, o qual estabelece que as empresas públicas devem apresentar anualmente relatórios de boas práticas de governo societário.

4. Dando cumprimento ao disposto no artº 28º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro e no artigo 86º da Lei nº 7-A/2016, de 30 de março, as empresas públicas não financeiras do setor empresarial do Estado, no quadro da respetiva gestão financeira, devem manter as suas disponibilidades e aplicações junto do IGCP, nos termos do regime jurídico aplicável à tesouraria, tendo o órgão de fiscalização do CHP EPE aferido o cumprimento deste requisito legal.

1/2



5. Como consequência do trabalho de fiscalização, apreciamos o Relatório de Gestão e os documentos de prestação de contas do exercício, e emitimos nesta data a Certificação Legal de Contas e o Relatório Anual de Auditoria nos termos da alínea i) do n.º 2 do art.º 16.º do Anexo II do DL n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

6. Em face do exposto, e exceto quanto às qualificações constantes da Certificação Legal de Contas, o Fiscal único é de opinião que o Relatório de Gestão, o Relatório de boas práticas de governo societário, as Demonstrações Financeiras e a proposta de aplicação de resultados do exercício, apresentados pelo Conselho de Administração estão em conformidade com as disposições legais e estatutárias e merecem a nossa concordância.

Porto, 31 de março de 2017

Rodrigo, Gregório & Associado, SROC, Lda.

Inscrita na OROC sob o n.º 170 e na CMVM sob o n.º 20161474

Representada pelo sócio/partner

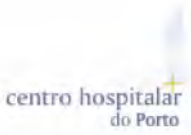
Rodrigo Mário de Oliveira Carvalho, ROC n.º 889

Rodrigo, Gregório & Associado, SROC, Lda.
Av. da República, 1629 - 1.º Esq.º 4430-206 Vila Nova de Gaia
Inscrita na OROC sob o n.º 170
Registada na CMVM sob o n.º 20161474
NIPC: 504 844 308 - Capital Social: 76.500,00

t: (+351) 223 770 120 | e: geral@rga-auditores.pt

3. Declarações a que se referem os artigos 51.º e 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro.

3.1. Declarações conforme nº1 do artigo 52º 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

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
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/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 indireta mente, na empresa/entidade onde exerço funções.
2. **Detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, nas seguintes empresas:
- Brisa; EDP; PT; Multimédia 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



2016 - 5/15 16:38

centro hospitalar
do Porto

Hospital de Santo António Maternidade Júlio Dinis Hospital Joaquim Urbano

A
Inspeção Geral de Finanças

Data : 22/04/2016

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 52º 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 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 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 22º, 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.º Élia Costa Gomes]

[Vogal do Conselho de Administração do CHP]

À
Inspeção Geral de Finanças

6231 4-3-215 1654

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 52º 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 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.


RUI PEDROSO
Vogal Executivo

[Dr. Rui Pedroso]

[Vogal do Conselho de Administração da CHP]



22/04/2017 15:16:33

centro hospitalar
do Porto

Hospital de Santo António Maternidade Júlio Dinis Hospital Joaquim Urbano

Inspeção Geral de Finanças

Data : 22/04/2017

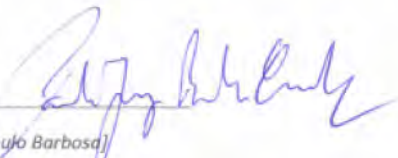
Assunto: Deveres de informação decorrentes do disposto no n.º 9 do art.º 22.º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo DL n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e no n.º 1 do art.º 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

Paulo Jorge Barbosa Carvalho
NIF: 119854270
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 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.º 52.º 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]

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

2022-05-13 16:02

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 22.º 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 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.º 52.º 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.


[Enf.º Eduardo Alves]

[Enfermeiro Diretor do CHP]



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



À
Inspeção Geral de Finanças

Data : 15/03/2017

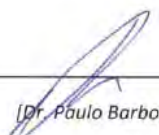
Assunto: Deveres de informação decorrentes do disposto no n.º 9 do art.º 22º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo DL n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e no n.º 1 do art.º 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

Paulo Jorge Barbosa Carvalho
NIF: 119654270
Nomeado Presidente do Conselho de Administração
Data de início do mandato: 30/11/2016
Data prevista de termo do mandato: 31/12/2016

Empresa/Entidade: Centro Hospitalar do Porto
Tipo: Entidade Pública 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 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]

[Presidente da CA do CHP]

**A
Inspeção Geral de Finanças**

Data : 15/03/2017

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.

José Fernando da Rocha Barros
NIF: 133321983
Nomeado Diretor Clínico
Data de início do mandato: 30/11/2016
Data prevista de termo do mandato: 30/12/2016

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.



[Prof. Dr. José Barros]

[Diretor Clínico do CHP]



3.2. Declarações conforme artigo 51º 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

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

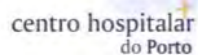


(Fernando José Montenegro Sollari Allegro)

F. SOLLARI ALLEGRO
(Presidente do Conselho de Administração)

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

IMAGEM CANCELADA



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, 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

220

(Élia do Céu Costa Gomes)



centro hospitalar
do Porto

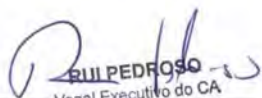
Hospital de Santo António · Maternidade Júlio Dinis · Hospital Joaquim Urbano

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, Rui Manuel Oliveira Pedrosa, 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

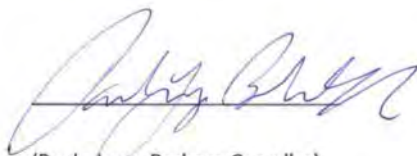
(Rui Manuel Oliveira Pedrosa)

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)



centro hospitalar
do Porto

Hospital de Santo António · Maternidade Júlio Dinis · Hospital Joaquim Urbano

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)

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

Eu, Paulo Jorge Barbosa Carvalho, 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, 15/03/2017



(Paulo Jorge Barbosa Carvalho)



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

Eu, José Fernando da Rocha Barros, 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, 15/03/2017

(José Fernando da Rocha Barros)

4. Ata da reunião da Assembleia Geral, Deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação por parte dos titulares da função acionista dos documentos de prestação de contas (aí se incluindo o Relatório e Contas e o RGS) relativos ao exercício de 2015.

A função acionista nas empresas públicas do sector empresarial do Estado é exercida exclusivamente pelo membro do Governo responsável pela área das finanças, com faculdade de delegação, sem prejuízo da devida articulação com o membro do Governo responsável pelo respetivo sector de atividade. O exercício da função acionista no caso das entidades públicas empresariais processa-se por resolução do Conselho de Ministros ou por despacho do titular da função acionista. (nº2 do artigo 37º e nº1 artigo 39º Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro).

No caso, a aprovação dos documentos de prestação de contas cabe aos membros do governo responsáveis pelas áreas das finanças e saúde. Relativamente ao ano de 2014 e 2015 os documentos de prestação de contas do CHP não foram até à data aprovados, por razões alheias ao CHP.

