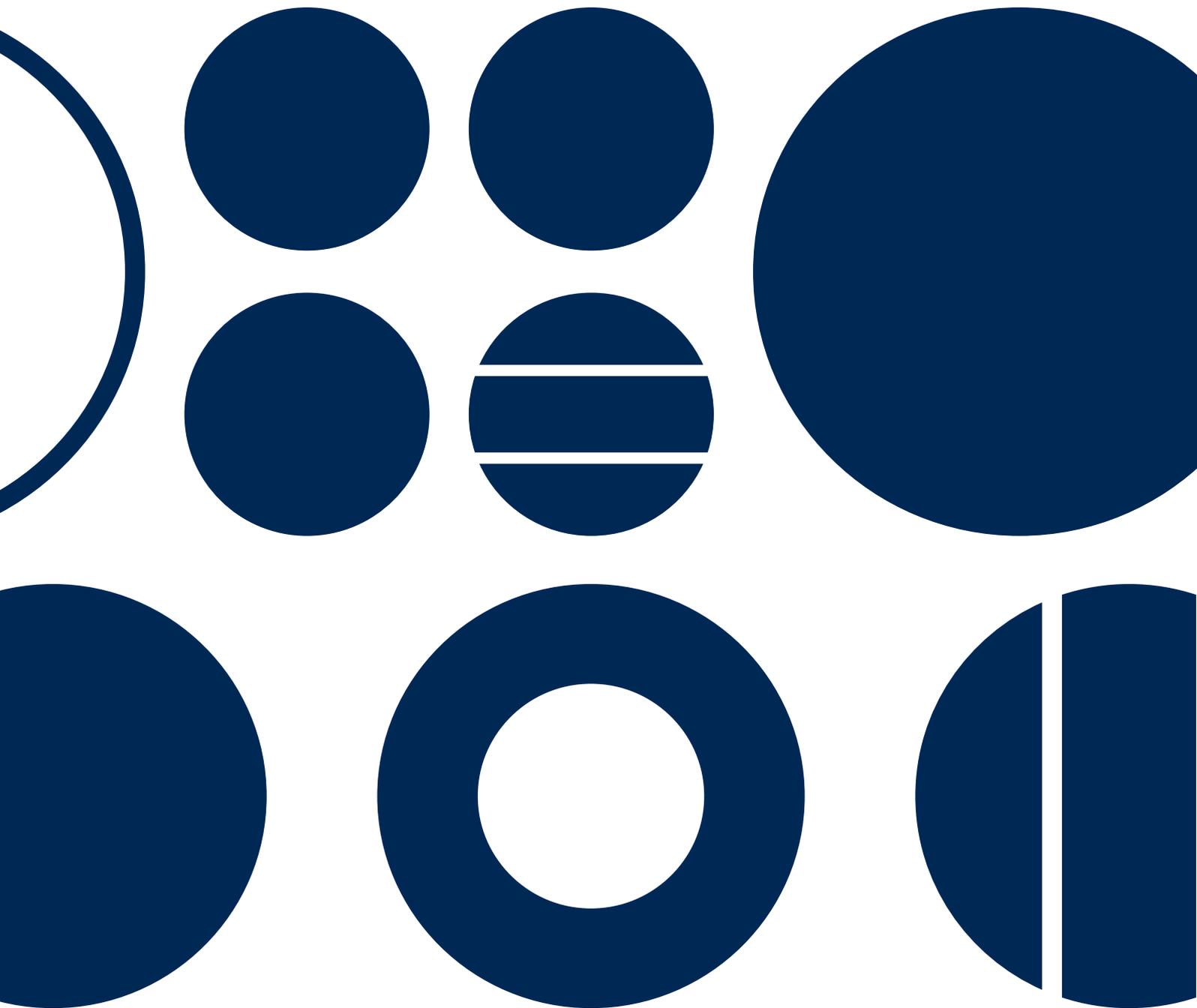


Relatório de Governo Societário 2019

Centro Hospitalar Universitário do Porto

Relatório de Governo Societário 2019

Centro Hospitalar Universitário do Porto



Índice

I	Síntese (Sumário Executivo) 04	VII	Remunerações 44 A. Competência para a Determinação 44 B. Comissão de Fixação de Remunerações 45 C. Estrutura das Remunerações 45 D. Divulgação das Remunerações 45
II	Missão, Objetivos e Políticas 08	VIII	Transações com partes Relacionadas e Outras 48
III	Estrutura de Capital 14	IX	Análise de sustentabilidade da entidade nos domínios económico, social e ambiental 49
IV	Participações Sociais e Obrigações Detidas 14		Avaliação do Governo Societário 59
V	Órgãos Sociais e Comissões 15 A. Modelo de Governo 15 B. Assembleia Geral 15 C. Administração e Supervisão 15 D. Fiscalização 29 E. Revisor Oficial de Contas (ROC) 33 F. Conselho Consultivo (caso aplicável) 35 G. Auditor Externo (caso aplicável) 35	XI	Anexos do RGS 60
VI	Organização Interna 36 A. Estatutos e Comunicações 36 B. Controlo interno e gestão de riscos 36 C. Regulamentos e Códigos 41 D. Deveres especiais de informação 43 E. Sítio na Internet 43 F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral 43		



Síntese (Sumário Executivo)

A síntese ou sumário executivo deve permitir a fácil perceção do conteúdo do relatório e, em particular, mencionar as alterações mais significativas em matéria de Boas Práticas de Governo Societário adotadas em 2019.

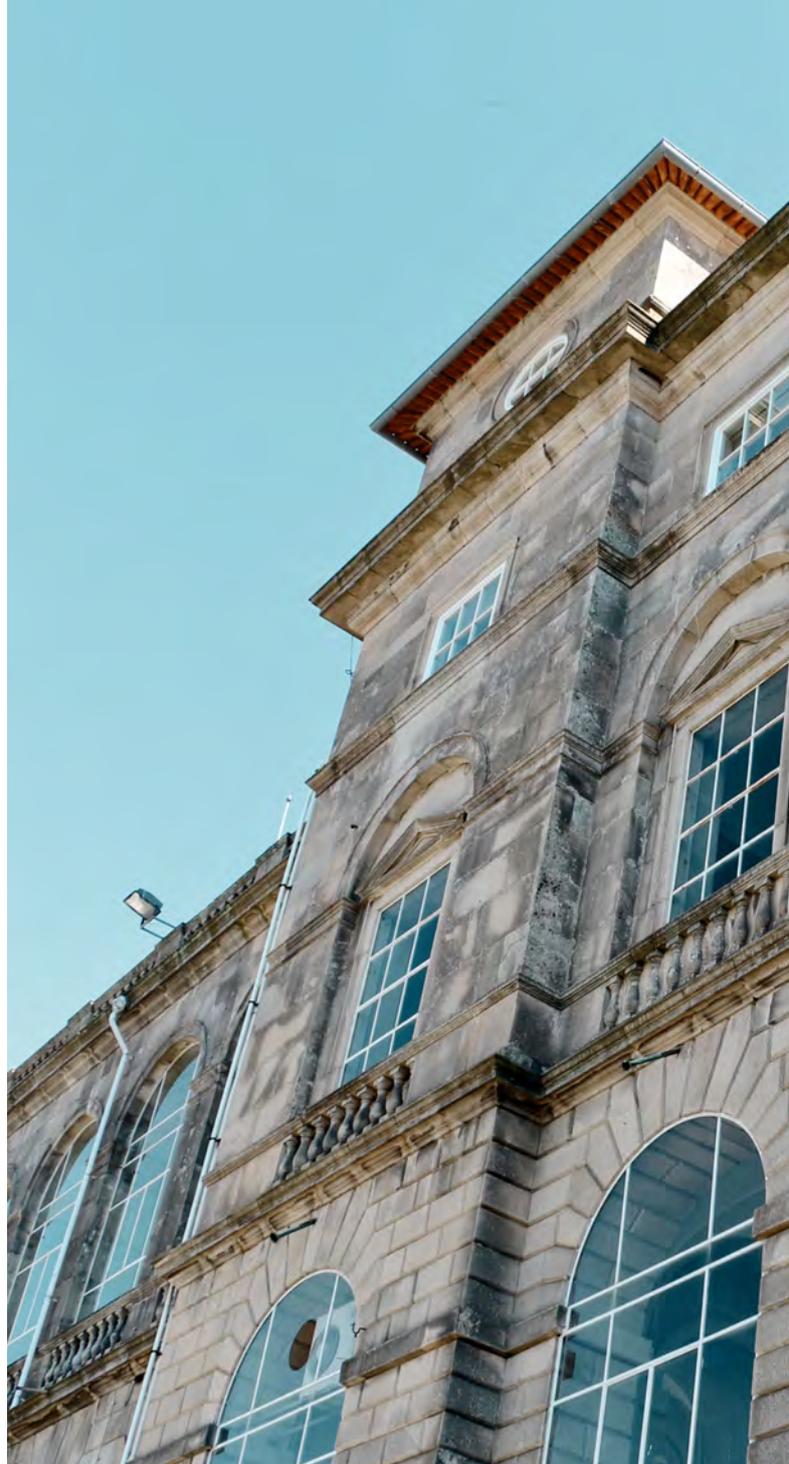
Em conformidade com o disposto no artigo 54º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro, com as alterações da Lei nº 75-A/2014, de 30 de setembro e pela Lei nº 42/2016, de 28 de setembro, as empresas públicas apresentam anualmente o relatório de boas práticas de governo societário, do qual consta informação atual e completa sobre todas as matérias reguladas no capítulo de Práticas de bom governo do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial.

Este relatório tem como missão comunicar ao titular da função acionista, o Estado, e ao público em geral, a informação atual e completa sobre os princípios de governo societário e práticas de bom governo adotadas, com respeito pelo princípio da transparência, do controlo de risco e prevenção de conflitos de interesse e ainda a melhoria e reforço contínuo dos instrumentos adequados à promoção da excelência do governo societário das empresas públicas.

O Centro Hospitalar Universitário do Porto 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 e desde 2018 é ainda Centro Académico Clínico pelo Decreto-lei nº 61/2018 de 3 de agosto. A passagem a hospital Universitário constitui uma oportunidade para o Centro Hospitalar para aprofundar a ligação à investigação nas suas diferentes vertentes, potenciando a sua afirmação na vertente clínica, de investigação e reforço da sua atratividade para pessoas com maior grau de diferenciação. O Centro Hospitalar Universitário do Porto pela missão inerente a este estatuto tem um elevado nível de complexidade com um elevado número de centros de referência, quer nacionais como europeus.

O CHUP criado em 01-10-2007 pelo Decreto-Lei nº326/2007 de 28 de setembro é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial do setor público empresarial, com os Estatutos do anexo II do Decreto-lei nº18/2017 de 10 de fevereiro.

Enquanto entidade pública empresarial, o CHUP tem como obrigação a apresentação anual do relatório de boas práticas de governo societário nos termos do regime jurídico do setor público empresarial e de acordo com o modelo de relatório definido pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial (UTAM – Ministério das Finanças), a qual avalia o cumprimento desta obrigação.



Nos termos do artigo nº66-B do Código das Sociedades Comerciais, as grandes empresas que sejam entidades de interesse público, que à data de encerramento do seu balanço excedam um número médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual, devem incluir no seu relatório de gestão uma demonstração não financeira. No entanto, no nº8 também refere que uma empresa que elabore um relatório separado do relatório de gestão, correspondente ao mesmo exercício anual, que inclua as informações exigidas para a demonstração não financeira previstas no n.º 2 e seja elaborado nos termos previstos nos n.ºs 3 a 6, fica isenta da obrigação de elaborar a demonstração não financeira prevista no n.º 1.

Nestes termos, dado que toda a informação que deverá constar na Demonstração não financeira se encontra vertida no relatório de Governo societário de 2019, este relatório também responde ao artigo 66-B do CSC a que o CHUP também se encontra obrigado.

Na elaboração deste Relatório de Governo Societário de 2019 foram envolvidos todos os serviços e órgãos intervenientes do CHUP por forma a corresponder a toda a informação solicitada



e comunicar ao titular da função acionista, o Estado, e o público em geral, a informação atual e completa, sobre os princípios de governo societário e práticas de bom governo adotados durante 2019 pelo CHUP.

A título de síntese (sumário executivo) por forma a permitir a fácil perceção do conteúdo do relatório e no que respeita ao cumprimento das **Práticas de bom governo do CAPÍTULO II do RJSPE**, enunciam-se de seguida as **principais Boas Práticas de Governo Societário que têm vindo a ser adotadas e que continuaram a verificar-se durante 2019**.

Com referência a 2019, o Centro Hospitalar Universitário do Porto:

| Apresentou plano de atividades e orçamento para 2019 - artigo 43º.

| Divulgou informação sobre estrutura acionista, assunção de dívidas ou passivos, execução dos objetivos, documentos de prestação de contas, relatórios trimestrais de execução orçamental com relatório do órgão de fiscalização, identidade e curriculum dos membros dos órgãos sociais, remunerações e outros benefícios - artigo 44º.

| Submeteu a informação financeira anual ao Revisor Oficial de Contas, que é responsável pela Certificação Legal das Contas

da empresa – artigo 45º.

| Elaborou o relatório anual de execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas nos termos do nº13 do artigo 19º do Anexo II do Decreto-lei nº18/2017 de 10 de fevereiro e do artigo 46º identificativo de ocorrências, ou risco de ocorrências, associado à prevenção da corrupção que depois de aprovado, foi submetido pelo CA ao CPC e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde - artigo 46º.

| Tem código de ética atualizado e tem o documento divulgado internamente e no site institucional - artigo 47º.

| O processo de contratualização que se encontra implementado no Serviço Nacional de saúde (SNS) estabelece o relacionamento entre acionistas, financiadores/compradores e prestadores de cuidados de saúde, encontrando-se vertido num Contrato-Programa trienal, atualizado anualmente por um Acordo Modificativo a este Contrato-Programa, através do qual se explicitam os resultados a alcançar em cada instituição do SNS.

Este processo de contratualização baseia-se na responsabilidade de todas as entidades envolvidas, nomeadamente: Tutela (Ministério da Saúde e Ministério das Finanças), Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), Administrações Regionais de Saúde (ARS) e Entidades Prestadoras de Cuidados (Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde - artigo 48º.

| Prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiental - artigo 49º.

| Implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade - artigo 50º.

| Evidenciou a independência de todos os membros do órgão de administração e que os mesmos se abstêm de participar nas decisões que envolvam os seus próprios interesses - artigo 51º.

| Evidenciou que todos os membros do órgão de administração cumpriram a obrigação de declararem as participações patrimoniais e relações suscetíveis de gerar conflitos de interesse ao órgão de administração, ao órgão de fiscalização e à IGF - artigo 52º.

| Providenciou no sentido de que a UTAM tenha condições para que toda a informação a divulgar possa constar do sítio na internet da Unidade Técnica - artigo 53º.

| Apresentou o relatório do órgão de fiscalização em que é aferido constar do relatório anual de práticas de governo societário informação atual e completa sobre todas as matérias tratadas no Capítulo II do RJSPE (boas práticas de governação) - artigo 54º.

Em jeito de conclusão, é com satisfação que constatamos o envolvimento de todos os colaboradores na adoção de procedimentos e mecanismos tendentes à melhoria da eficácia e da eficiência dos processos organizacionais do CHUP. As exigências da transparência, do controlo do risco das atividades nas diversas vertentes, a prevenção de conflitos de interesses, têm sido referência para o aperfeiçoamento dos processos organizacionais e melhoria contínua para a promoção da excelência do governo societário do CHUP.

Resta agradecer a todos os colaboradores que de forma direta ou indireta contribuíram para a elaboração deste relatório com informação atual e completa sobre as práticas de governo societário do CHUP durante o ano de 2019, aguardando com expectativa a avaliação da UTAM e a aprovação pela Tutela acionista.

CAPÍTULO II do RJSPE – Práticas de bom governo		Sim	Não	Data	Obs.
Artigo 43.º	apresentou plano de atividades e orçamento para 2019 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponíveis	X		2019-09-16	-
	obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de atividades e orçamento para 2019		X	-	-
Artigo 44.º	divulgou informação sobre estrutura acionista, participações sociais, operações com participações sociais, garantias financeiras e assunção de dívidas ou passivos, execução dos objetivos, documentos de prestação de contas, relatórios trimestrais de execução orçamental com relatório do órgão de fiscalização, identidade e curriculum dos membros dos órgãos sociais, remunerações e outros benefícios			-	-
Artigo 45.º	submeteu a informação financeira anual ao Revisor Oficial de Contas, que é responsável pela Certificação Legal das Contas da empresa	X		-	-
Artigo 46.º	elaborou o relatório identificativo de ocorrências, ou risco de ocorrências, associado à prevenção da corrupção	X		25-03-2019	https://www.chporto.pt/pdf/princ_bom_gov/Rel_Exec_PPRGCIC_25_03_2019.pdf
Artigo 47.º	adotou um código de ética e divulgou o documento	X		2017-09-27	https://www.chporto.pt/pdf/princ_bom_gov/Codigo_Conduta_2017.pdf
Artigo 48.º	tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada	X		-	-
Artigo 49.º	prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiental	X		-	-
Artigo 50.º	implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade	X		-	-
Artigo 51.º	evidenciou a independência de todos os membros do órgão de administração e que os mesmos se abstêm de participar nas decisões que envolvam os seus próprios interesses	X		-	-

CAPÍTULO II do RJSPE – Práticas de bom governo	Sim	Não	Data	Obs.
Artigo 52.º evidenciou que todos os membros do órgão de administração cumpriram a obrigação de declararem as participações patrimoniais e relações suscetíveis de gerar conflitos de interesse ao órgão de administração, ao órgão de fiscalização e à IGF	x		-	-
Artigo 53.º providenciou no sentido de que a UTAM tenha condições para que toda a informação a divulgar possa constar do sítio na internet da Unidade Técnica	x		-	-
Artigo 54.º apresentou o relatório do órgão de fiscalização em que é aferido constar do relatório anual de práticas de governo societário informação atual e completa sobre todas as matérias tratadas no Capítulo II do RJSPE (boas práticas de governação)	x		-	-





Missão, Objetivos e Políticas

1. Indicação da missão e da forma como é prosseguida, assim como da visão e dos valores que orientam a empresa (vide artigo 43.º do RJSPE).



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

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

2. Indicação de políticas e linhas de ação desencadeadas no âmbito da estratégia definida (vide artigo 38.º do RJSPE), 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;

1. Reforma Hospitalar

| Melhoramento da área de internamento polivalente de adultos, que se destina a dar resposta aos ciclos de maior procura no inverno ou de recuperação de LIC.

| Ajustamento dos recursos humanos – o Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP) reduziu em 10% o pessoal entre 2008 e 2014, redução esta que manteve até 2017. Os pressupostos de qualidade de uma medicina moderna inevitavelmente pressionaram no sentido da inversão da “curva” de decréscimo de RH da última década, contudo não poderemos perder o sentido de uma gestão eficiente e racional dos recursos, não descurando a substituição geracional.

| Manutenção de uma forte aposta nos Sistemas de Informação.

| Qualidade – Acreditação do Centro Materno-Infantil (CMIN), processo já concluído e certificado de todos os laboratórios e áreas afins.

| Modelo de Governação – criação de Centros Clínicos, alguns dos quais englobarão alguns dos atuais departamentos, que deverão ter uma estrutura que lhes permita maior autonomia de gestão e maior responsabilidade pelos resultados alcançados. A criação de CRI’s mantem-se como, um objetivo.

2. Integração com a Medicina Geral e Familiar

| Reforço das ligações clínicas com os cuidados primários privilegiando a consultadoria, tanto localmente como por via da telemedicina.

| Internalização no CHUP de análises clínicas dos ACeS da nossa área.

| Criação de equipas de Gestão da Doença Crónica em colaboração com os ACeS.

| Alargar o número de internamentos de hospitalização domiciliária.

3. Definir novas áreas de negócio

| A criação de um Centro Universitário com forte crescimento na área oncológica, tem obrigatoriamente de ter uma unidade de radioterapia e radiocirurgia pelo que o CHUP manterá o seu interesse de obter esse objetivo.

| Criação de uma Unidade de Internacionalização da atividade clínica particularmente a cirúrgica.

4. Desenvolvimento da Qualidade Assistencial

| Consolidar a Acreditação a todo o CHUP.

| Monitorizar continuamente um conjunto de indicadores de qualidade.

| Reforçar a Ambulatorização de cuidados.

| Encerramento do circuito do medicamento.

| Modernizar e informatização completa dos circuitos de aprovisionamento e logística.

5. Reforço do Ensino, Formação e Investigação

| No âmbito do Centro Clínico Académico manter o designio da criação de um centro de cirurgia experimental que permita o treino e desenvolvimento cirurgia de elevada complexidade.

| Expansão do atual centro de simulação biomédico em parceria com o ICBAS.

| Integração das áreas da formação e investigação no Centro Clínico Académico.

6. Sustentabilidade Económica e Financeira

| Encerramento das instalações do Centro de Genética Jacinto de Magalhães e integração destes laboratórios em área de proximidade aos restantes laboratórios do CHUP.

| Concentração de toda a área Laboratorial.

| Venda dos terrenos do HJU e do edifício do Centro de Genética Jacinto de Magalhães.

| Garantir o reaproveitamento e esterilização de todo o material descartável passível de o fazer garantindo a redução de custos.

| Aprofundar as medidas de racionalização do consumo de fármacos, dispositivos médicos e de MCDT, incentivar o desenvolvimento e âmbito da Comissão da Avaliação de Tecnologias da Saúde - Dispositivos Médicos.

| Criar um Quadro de Pessoal e otimizar a gestão do mesmo.

| Modernizar e informatização completa dos circuitos de aprovisionamento e logística.

7. Preparar o futuro

| Reabilitação da Ala Norte do Edifício Neoclássico.

| Modernização do Serviço de Urgência.

| Criação de uma Unidade para doentes Neuro-críticos.

| Criação de uma unidade de Cirurgia Robótica.

| Criar um Serviço de Radioterapia/Radiocirurgia.

| Construir um novo hospital de dia que permita responder aos desafios futuros da ambulatorização neste domínio.

| Construir um novo edifício ex-CICAP destinado ao CCA, centro de simulação e concentração de todo o ambulatório num local único.

| Construir um parque de estacionamento com 400 lugares junto ao novo edifício de consultas.

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

Desvios de Produção SNS

Linha de Produção	Realizado	Contratado	% Realização
Internamento			
GDH Médicos	18 756	18 773	99,9%
GDH Cirúrgicos Programados	10 691	11 168	95,7%
GDH Cirúrgicos Urgentes	5 495	4 609	119,2%
Consulta externa (consultas médicas)			
Primeiras	183 493	186 650	98,3%
Consultas com origem nos CSP referenciadas via CTH	53 754	57 200	94,0%
Consultas Telemedicina	2 312	3 500	66,1%
Consultas de Saúde Mental na Comunidade	708	900	78,7%
Consultas Centros Referência	1 125	4 000	28,1%
Primeiras Consultas Cuidados Paliativos	57	50	114,0%
Consultas (sem majoração de preço)	125 537	121 000	103,7%
Subsequentes	489 660	474 700	103,2%
Consultas Telemedicina	0	0	0,0%
Consultas de Saúde Mental na Comunidade	4 357	4 600	94,7%
Consultas Centros Referência	13 283	18 000	73,8%
Consultas Subsequentes Cuidados Paliativos	224	100	224,0%
Consultas (sem majoração de preço)	471 796	452 000	104,4%
Hospital de Dia (sem gerar GDH)			
Hematologia	6 309	5 922	106,5%
Psiquiatria	3 157	3 647	86,6%
H dia Base	17 081	16 038	106,5%
Cirurgia de Ambulatório			
GDH Cirúrgicos Programados	17 495	16 000	109,3%
Ambulatório Médico			
GDH Médicos	12 450	11 808	105,4%
Urgência (sem internamento)			
Atendimentos	129 399	118 000	109,7%
Serviço Domiciliário			
Domicílios	2 400	1 863	128,8%
Planos de Saúde:			
Diagnóstico Pré-Natal (Protocolos I e II)	2 363	2 425	97,4%
Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade (consultas)	456	572	79,7%
Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade (tratamentos)	632	582	108,6%
Banco de Gâmetas	159	168	94,6%
Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade	324	280	115,7%
Pat. Oncológica - Cancro Cólon e Recto	86	165	52,0%
Doentes em Tratamento Ambulatório TARC	2 760	2 760	100,0%
Doentes em Tratamento - Esclerose Múltipla	439	364	120,5%
Doentes em Tratamento - Doenças lisossomais	20	21	95,2%
Doentes em Tratamento - Hipertensão Pulmonar	99	100	98,9%
Doentes em Tratamento - Polineuropatia Amiloidótica Familiar	349	335	104,1%
Doentes em Tratamento - Hepatite C	269	250	107,6%

Nota: Valores realizados de acordo com o registo estatístico da EFR SNS; não têm em conta qualquer 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 acima do valor contratualizado em 1,1%. Refira-se, no entanto, que os GDH Cirúrgicos programados ficaram abaixo das metas contratadas em 4,3% enquanto os GDH Cirúrgicos urgentes superaram largamente o contratado. Já os GDH Médicos ficaram próximos dos 100%.

A atividade do **Ambulatório** ficou acima dos valores contratados tanto nos GDH médicos como cirúrgicos, em 9,3% e 5,4%, respetivamente.

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 se aguarda a aferição do GDH de alguns episódios.

A **Consulta Externa** ficou globalmente acima das metas previstas em 1,8% - as primeiras consultas ficaram aquém em 1,7%, enquanto as subseqüentes ficaram 3,2% acima. 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 di-

ficil contabilização e acompanhamento.

Os valores do **Hospital de Dia**, no que respeita a sessões que não faturam por GDH, superaram os valores de produção previstos na Hematologia. No entanto, para efeitos de faturação, esta produção está condicionada à verificação da inclusão de um conjunto mínimo de procedimentos, conforme o estabelecido no capítulo VIII ponto 3 da Circular Normativa nº15/2019 da ACSS de 07-11-2019. No que respeita ao Hospital Dia de Psiquiatria, o desvio foi desfavorável em 13% e, no Hospital Dia Base, os valores realizados ficaram 6,5% acima do previsto.

A **Urgência**, para episódios sem destino Internamento, ficou acima dos valores contratados em 9,7%.

Os **Domicílios** superaram os valores previstos no Contrato Programa (28,8%).

Na generalidade os programas de financiamento por doente aproximaram-se dos valores de produção propostos ou superaram o contratado.

Se consideradas todas as linhas objeto de financiamento no Contrato Programa de 2019, valorizada aos preços de produção contratada, concluímos por uma **taxa global de cumprimento muito próxima dos 100%** (conforme se pode verificar no ponto 12.1 deste relatório).

Objetivos de Desempenho do Serviço de Urgência

	2019			
	Peso Relativo Indicador (%)	Meta	Real	Grau de Cumprimento (%)
	80			
Peso dos episódios de urgência com Prioridade atribuída Verde/Azul/Branca	20	19,49	21,1	91,7
Peso dos episódios de urgência com internamento	20	9,65	10,8	88,1
Peso dos utilizadores frequentes (> 4 episódios), no total de utilizadores do Serviço Urgência	20	3,65	3,6	101,4
Rácio Consultas Externas/Atendimentos em Urgência	20	4,99	4,7	94,2
Índice de Desempenho do Serviço de Urgência				75,00

Em 2019 estão contemplados no Contrato Programa indicadores de acesso e qualidade assistencial no Serviço de Urgência, que visam aferir a componente do valor da Urgência em função do

desempenho. No global, no conjunto dos 4 indicadores objeto de aferição o CHUP atingiu um índice de desempenho de 75%.

Objetivos de Qualidade e Eficiência

Áreas	Ponderação	Indicadores CP 2019	Meta	Realizado
Objetivos Nacionais (60%)				
A. Acesso (20%)	3,0%	A.1. Percentagem de utentes em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	49,4	69,7
	4,0%	A.2. Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)	73,3	74,3
	3,0%	A.3. Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG	75,0	71,1
	4,0%	A.4. Percentagem de doentes operados dentro do TMRG	85,0	86,8
	3,0%	A.5. Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	67,3	66,5
	3,0%	A.6. Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA até 2 dias úteis após a referência, no total de doentes referenciados para a RNCCI	80,0	32,4
B. Desempenho assistencial (20%)	3,0%	B.1. Percentagem reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de Diagnóstico	3,6	3,3
	3,0%	B.2. Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	19,5	16,4
	3,0%	B.3. Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	53,0	29,0
C. Eficiência (20%)	5,0%	C.1. Gastos operacionais por doente padrão	3 290,0 €	3 216,1 €
	5,0%	C.2. Doente padrão por Médico ETC	83,1	83,5
	5,0%	C.3. Doente padrão por Enfermeiro ETC	67,2	70,3
	5,0%	C.4. Percentagem de Gastos com Trabalho Extraordinário, Suplementos e FSE (Selecionados), no Total de Gastos com Pessoal	11,5%	15,8%
Objetivos de Região (40%)				
D. Objetivos Regionais (40%)	4,0%	Tempo de espera para triagem médica da consulta externa	8,0	n.d
	4,0%	Rastreio da retinopatia diabética - Capacidade resolutiva aos pedidos de consulta de oftalmologia por retinografia de rastreio positiva	75,0	n.d
	4,0%	Rastreio da retinopatia diabética - Mediana do tempo de espera para a primeira consulta de início de tratamento	30,0	n.d
	4,0%	Rastreio do cancro do colo do útero - Capacidade resolutiva aos pedidos de consulta de patologia cervical por rastreio positivo	85,0	n.d
	4,0%	Rastreio do cancro do colo do útero - Mediana do tempo de espera para a 1ª consulta de patologia cervical	90,0	n.d
	4,0%	Rastreio do cancro do colon e reto - Capacidade resolutiva aos pedidos de consulta por rastreio positiva	75,0	n.d
	4,0%	Rastreio do cancro do colon e reto - Mediana do tempo de espera para a colonoscopia	45,0	n.d
	4,0%	Rastreio de saúde visual infantil - Capacidade resolutiva aos pedidos de leitura dos exames de rastreio realizados a crianças em ACES da área de atração direta (1ª linha) do hospital	85,0	n.d
	4,0%	Rastreio de saúde visual infantil - Capacidade resolutiva aos pedidos de consulta de oftalmologia por exame de rastreio positivo	85,0	n.d
	4,0%	Urgências Metropolitanas Centralizadas	1,0	n.d

* dados finais por apurar (resultados provisórios)

Do Contrato-Programa do Centro Hospitalar para 2019 consta um conjunto de objetivos de qualidade e eficiência. Do cumprimento desses objetivos depende a atribuição de um incentivo negociado em sede de Contrato Programa no montante de 14.657.200,47€ (5% do valor global do Contrato Programa) e para o qual o CHUP é financiado na proporção do seu cumprimento.

À presente data aguarda-se a validação desses objetivos por parte da ACSS, bem como dos apresentados com a nota "n.d.", particularmente nos objetivos regionais, em que se aguarda o relatório de avaliação por parte da ARS Norte.

No entanto, num "proxy" de cálculo elaborado pelo próprio Hospital, tendo em conta a metodologia de avaliação para a definição de preços e fixação de objetivos do Contrato-Programa de 2019 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, considerou-se o cumprimento acima de 100% nos indicadores A.1. Percentagem de utentes em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG (141,1%), A.2. Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) (101,3%) e A.4. Percenta-

gem de doentes operados dentro do TMRG (102,1%); enquanto que, a percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG (indicador A3) ficou relativamente próximo dos 95%. De igual modo, o acesso aos cuidados não programados, e mais concretamente no que respeita à Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem (indicador A.5), a taxa de execução ficou relativamente próxima dos 100% (com 98,8% de concretização). O indicador A.5 - Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA até 2 dias úteis após a referenciação, no total de doentes referenciados para a RNCCI, de acordo com os dados publicados, apresentou dificuldades de concretização (taxa concretização de 40%). Assim, relativamente ao Acesso, poder-se-á concluir por uma concretização global de 17,5% (num total de 20%).

| No que concerne aos indicadores de Desempenho Assistencial, o indicador B.1. Percentagem reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de Diagnóstico, o indicador B.4. Índice de Mortalidade Ajustada e o indicador B.5. Índice de Demora Média Ajustada superam as metas contratualizadas com níveis de cumprimento superiores a 100%, com taxas de concretização de 107,5%, 106,3% e 107,4%, respetivamente. O indicador B.3 - Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48h (%), ainda com resultados provisórios, apresenta uma taxa de realização irreal, pelo que não nos permite, para já, concluir quanto ao seu cumprimento. O Indicador B.2 - Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório - para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis, aponta para uma taxa de concretização de 84,1% e a Demora média antes da cirurgia (indicador B.6) para um nível de concretização de 92,3%.

Ao nível do desempenho assistencial, para o conjunto de indicadores definidos, atendendo à informação disponível no SICA à presente data, e com as devidas ressalvas de que parte dos valores apurados possam ainda não ser os definitivos, o CHUP poderá atingir no global 18,7% no total de 20%.

| No que respeita aos indicadores de eficiência, o indicador C.1. Gastos operacionais por doente padrão, cumpre com os valores estabelecidos, superando os 100%, e os indicadores C.2. Doente padrão por Médico ETC e C.3. Doente padrão por Enfermeiro ETC superam o previsto em 100,5% e 104,6%, respetivamente. Por seu turno, o indicador C4. Percentagem de custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e Fornecimentos e Serviços Externos III (selecionados) regista dificuldades de concretização. Neste âmbito os valores atingem 18,5%, para um total de 20% atribuídos a estes indicadores de eficiência.

| O global dos indicadores definidos pela ARS-Norte concorrem para o índice de desempenho global e representam 40% do total sendo que, à presente data, não há conhecimento de qualquer avaliação realizada para os mesmos, por parte dessa entidade, ao que não nos é possível concluir sobre o seu nível de concretização.

Após avaliação individual do nível de cumprimento dos indicadores, de acordo com os dados disponíveis e face aos constrangimentos inerentes ao processo de avaliação, e sobretudo tendo em conta que à presente data conseguimos avaliar 16 dos 26 indicadores, não nos é possível estimar o Índice de Desempenho Global.

Relativamente a medidas corretivas, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Porto prosseguiu com a política de reuniões de divulgação de resultados e acompa-

nhamentos 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 empresa.

| A capacidade de resposta adequada aos desafios relacionados com o aumento progressivo das necessidades em saúde da população e das orientações emitidas pela Tutela acionista, nem sempre acompanhadas do necessário volume de financiamento.

| O equilíbrio dos resultados de exploração e o suporte financeiro do acionista Estado. A este respeito destaca-se:

| A inovação dos dispositivos médicos e respetivos custos associados sem qualquer financiamento adicional associado;

| Crescimento do peso dos custos dos medicamentos na estrutura de custos derivado da entrada de novos doentes crónicos (paramiloidose, hepatite C, esclerose múltipla, doenças autoimunes, transplantação, doenças raras-terapêuticas órfãs);

| Índice de case-mix enquanto fator de ajustamento de preços sem atualização, não refletindo a diferenciação ao longo dos anos.

| A qualidade e segurança, são dois vetores nucleares no desenvolvimento de qualquer organização moderna e particularmente no setor da saúde, pelo que o CHUP deverá manter um forte investimento neste domínio.

| A manutenção do investimento na diferenciação e investigação para maximizar a sua atratividade, aproveitando a “janela” de oportunidade que é a aplicação efetiva da livre escolha por parte dos utentes.

| A segurança e a disponibilidade da informação fazem manter uma forte aposta nos Sistemas de Informação.

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 empresa, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível de serviço público a prestar pela empresa (vide n.º 4 do artigo 39.º do RJSPE).

As orientações definidas pelo Ministério da Saúde designadamente as relativas à política setorial e às orientações do ponto vista estratégico, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível do serviço público a prestar pelo CHUP, 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 CHUP e pela Tutela.

A execução do Contrato Programa é internamente monitorizada através dos suportes de informação para a Gestão existentes no CHUP, 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 de Administração e as direções de Serviços e Departamentos.



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 (vide alínea a) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).

O capital estatutário do CHUP a 31/12/2019 apresentava o montante de 169.866.000€ detido na totalidade pelo Estado, podendo ser aumentado ou reduzido por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde.

Durante o ano de 2018 verificou-se o registo de um aumento de capital em espécie, no montante de 3.166.000€, correspondente aos bens imóveis que integram o Hospital Joaquim Urbano, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de março.

No ano de 2019 e até à presente data, não ocorreu qualquer variação na conta de capital estatutário.

Entretanto há ainda a referir o Despacho nº1265/2017 que determinou o aumento de capital estatutário das entidades públicas empresariais cuja identificação e montantes constam do Anexo ao Despacho, a serem aplicados exclusivamente no pagamento de dívida vencida, por ordem de maturidade. Nestes termos, o capital estatutário do CHUP foi aumentado em 21.996.000€, mas realizado em janeiro de 2018.

Em 2015 lo 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 CHUP em 2.000.000€ em numerário. O aumento de capital visou apoiar sobretudo os investimentos cofinanciados por fundos comunitários no âmbito do novo quadro comunitário de apoio, Portugal 2020, conforme o despacho constituiu uma oportunidade para apoiar a substituição de equipamentos e a realização de outros investimentos prioritários na área da saúde.

Há ainda a referir a Resolução do Conselho de Ministros (RCM) 38-A/2007 de 28 de fevereiro que 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:

Total	2007	2008	2009	2010
76.100.000€	6.758.000€	26.289.000€	28.489.000€	14.564.000€

Relembra-se que faltam realizar 13.186.000 euros relativos à RCM 116/2008, por incorporação do CMIN no CHUP.

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

O capital do CHUP não é representado em ações.

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

Não existem acordos parassociais.

IV.

Participações Sociais e Obrigações detidas

1. Identificação das pessoas singulares (órgãos sociais) e/ou coletivas (empresa) que, direta ou indiretamente, são titulares de participações noutras empresas, com indicação detalhada da percentagem de capital e de votos imputáveis, bem como da fonte e da causa de imputação nos termos do que para o efeito estabelece o Código das Sociedades Comerciais (CSC) no seu artigo 447.º (vide alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).

Não existente.

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

O CHUP 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, quando aplicável nos termos do n.º 5 do artigo 447.º do CSC.

Não existente.

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

Não existente.



Órgãos Sociais e Comissões

A. Modelo de Governo

A empresa deve apresentar um modelo de governo societário que assegure a efetiva separação entre as funções de administração executiva e as funções de fiscalização (vide n.º 1 do artigo 30.º do RJSPE).

1. Identificação do modelo de governo adotado.

A administração e fiscalização está estruturada nos termos dos ESTATUTOS no anexo II do Decreto-Lei n.º18/2017 de 10 de fevereiro e da Lei n.º 148/2015 de 9 de setembro que estabelece o Regime Jurídico da Supervisão da Auditoria para as entidades classificadas de interesse público.

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

- a) O Conselho de Administração
- b) O Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas
- c) O Conselho Consultivo.

No entanto a administração e fiscalização esteve estruturada nos termos do Decreto-Lei n.º233/2005 de 29 de dezembro alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º12/2015 de 26 de janeiro. Eram Órgãos do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E. P.E:

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

B. Assembleia Geral

1. Composição da mesa da assembleia geral, ao longo do ano em referência, com identificação dos cargos e membros da mesa da assembleia geral e respetivo mandato (data de início e fim). Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).

Nos órgãos sociais dos Centros Hospitalares não existe Assembleia Geral, pelo que esta informação não é 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.

O Estado é o único acionista, pelo que esta informação não é aplicável.

C. Administração e Supervisão

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

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 n.º18/2017 de 10 de fevereiro.

Aos membros do conselho de administração aplica-se o estatuto de 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, 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 foram nomeados pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2017 de 9 de fevereiro de 2017 sob proposta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, para um mandato de três anos, renovável até ao máximo de três renovações consecutivas - mandato de 2017-2019.

Atendendo à vacatura de um dos cargos de vogal executivo do conselho de administração do CHUP, por motivo de renúncia, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2019 de 31 de janeiro de 2019, designou para o restante do mandato em curso dos membros do conselho de administração, sob proposta do Ministro das Finanças e da Ministra da Saúde, novo vogal executivo para o conselho de administração do CHUP.

Até à data não foi nomeado o CA para o mandato seguinte do que terminou a 31/12/2019.

2. Caracterização da composição, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão, com indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração estatutária do mandato, número de membros efetivos, data da primeira designação e data do termo de mandato de cada membro. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa 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.

Nestes termos, a composição do Conselho de Administração a 31/12/2019 era a seguinte, conforme Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2017 de 9 de fevereiro de 2017 e Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2019 de 31 de janeiro de 2019. À data não foi nomeado o CA para o mandato seguinte.

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 Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2017 de 9 de fevereiro de 2017, há dois elementos que optaram pela remuneração do lugar de origem.

Mandato (Início-Fim)	Cargo	Nome	Designação		Remuneração	
			Forma	Data	Entidade Pagadora	O/D
2017-2019	Presidente	Paulo Jorge Barbosa Carvalho	Resolução n.º 34/2017	9 de fevereiro de 2017	CHUP	O
2017-2019	Vogal	Élia do Céu Costa Gomes	Resolução n.º 34/2017	9 de fevereiro de 2017	CHUP	D
2017-agosto 2018	Vogal	Rui Manuel Oliveira Pedroso	Resolução n.º 34/2017	9 de fevereiro de 2017	CHUP	D
01/02/2019 - 2019	Vogal	Rita Gonçalves Moreira	Resolução n.º 30/2019	31 de janeiro de 2019	CHUP	D
2017-2019	Diretor Clínico	José Fernando da Rocha Barros	Resolução n.º 34/2017	9 de fevereiro de 2017	CHUP	O
2017-2019	Enfermeiro Diretor	Alfredo Eduardo Argulho Alves	Resolução n.º 34/2017	9 de fevereiro de 2017	CHUP	O

Número estatutário mínimo e máximo de membros - [número mínimo] / [número máximo]: 1 Presidente e no máximo 4 vogais.

Legenda: (1) O/D – Origem / Destino

3. Distinção dos membros executivos e não executivos do Conselho de Administração¹ e, relativamente aos membros não executivos, identificação dos membros que podem ser considerados independentes², ou, se aplicável, identificação dos membros independentes do Conselho Geral e de Supervisão (vide artigo 32.º do RJSPE).

Todos os vogais membros do Conselho de Administração foram nomeados vogais executivos. Conforme a Resolução de Conselho de Ministros n.º 5/2014, de 5 de janeiro de 2014, Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2016, de 30 de novembro, Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2017 de 9 de fevereiro de 2017 e Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2019 de 31 de janeiro de 2019.

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

Os elementos curriculares dos membros do conselho de administração são os publicados na Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2017 de 9 de fevereiro de 2017 e Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2019 de 31 de janeiro de 2019.

¹ Conforme decorre da aplicação do n.º 1 do artigo 278.º e n.ºs 1 e 2 do artigo 407.º do CSC.

² A independência dos membros do Conselho Geral e de Supervisão e dos membros da Comissão de Auditoria afere-se nos termos da legislação vigente. Quanto aos demais membros do Conselho de Administração, considera-se independente o que não esteja associado a qualquer grupo de interesses específicos na empresa nem se encontre em alguma circunstância suscetível de afetar a sua isenção de análise ou de decisão.

A. Presidente CA SINOPSE CURRICULAR

Paulo Jorge Barbosa Carvalho

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 CHUP 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 CHUP 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 CHUP 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 caráter 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 CHUP.

B. Diretor Clínico

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 (CHUP).

Diretor do Departamento de Neurociências do CHUP.

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

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

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 CHUP (2005-2016).

Chefe de Equipa do Serviço de Urgência do CHUP (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-cardiovascular (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 (ISSN1645-281X).

C. Enfermeiro Diretor

Alfredo Eduardo Argulho Alves

Alfredo Eduardo Argulho Alves, nascido a 27 de julho de 1959, na freguesia de Picote, concelho de Miranda do Douro.
Habilitações académicas - Licenciatura em Enfermagem pela ESE D. Ana Guedes, Porto.
Habilitações profissionais:
CESE em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto e CESE em Administração dos Serviços de Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição, Porto.
Categoria profissional - Enfermeiro Supervisor do mapa de pessoal do CHUP, E. P. E.
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 1 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 8 de outubro de 2007 até 14 de novembro de 2011, Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar do Porto, criado pelo DL n.º 326/2007;
De 15 de novembro de 2011 até à presente data (fevereiro de 2017), Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar do Porto EPE, criado pelo Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março.
Valorização profissional:
Proferiu mais de duas dezenas de palestras em eventos científicos e é autor ou coautor de alguns artigos científicos publicados em revistas médicas e de enfermagem;
Frequentou 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-International Executive Program, organizado pelo Institute of Health Economics and Management da Université de Lausanne.

D. Vogal do CA SINOPSE CURRICULAR

Élia do Céu Costa Gomes**

Élia do Céu Costa Gomes nasceu a 7 de julho de 1951, na Guarda.
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, S. A., e HGSA, E. P. E.
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, E. P. E.
2014 - Em 30 de janeiro de 2014, foi nomeada por Resolução do Conselho de Ministros, sob proposta dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde, Vogal Executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., cargo que exerce até à presente data.
Formação relevante:
2005 - PADIS - Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (AESE).
2006 - Curso de Controlo de Gestão e Avaliação de Performance (EGP - UPBS).
2007 - Mastering Health Care Finance (Harvard Medical International/Institute of Health Economics/Escola de Negócios da Universidade do Porto).
2012 - Sensibilização sobre as novas regras de contratação pública e a sua aplicação nos Hospitais EPE - (Instituto Nacional da Administração and Management, em colaboração com o Centro Hospitalar do Porto).
2013 - Training Program in Health Economics and Health Technology Assessment (HTA) - Università Bocconi, Milano, Italy.
2013 - Kaizen Strategy (Instituto Kaizen).
2014 - Leadership in Healthcare Delivery - Nova School of Business and Economics, Lisboa.
**Cessou funções em

E. Vogal do CA SINOPSE CURRICULAR

Rui Manuel Oliveira Pedroso*

Rui Manuel Oliveira Pedroso nasceu a 19 de julho de 1970, em Gondomar, Porto.

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

Diretor-Geral de empresas financeiras, responsável pela ligação com entidades supervisoras como CMVM e Banco de Portugal (1997 a final de 1999).

Diretor Executivo de Espaço Atlântico - Formação Financeira, S. A., 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).

Quadro do Grupo Português de Saúde, enquanto Diretor da Unidade de Negócios de «outsourcing» da Gestão Clínica de Sinistros de Acidentes Trabalho de companhias de Seguros (2002-2005); Gerente da Empresa de Prestação de Serviços Clínicos UNIMED/Norte.

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 do Hospital Particular de Lisboa do Grupo Trofa Saúde (set. 2007-mar. 2008).

Quadro do Grupo José de Melo Saúde, como Diretor-Geral do Dr. Campos Costa. Imagiologia Clínica, S. A. (abr. 2008 a dez. 2011).

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

Vogal do CA do Centro Hospitalar do Porto, com os pelouros Financeiro, Planeamento e Sistemas de Informação; Desde out. de 2016: Jurídico e Serviço de Instalações e Equipamentos; Articulação com os restantes serviços do Hospital e com os órgãos da Tutela (ARS Norte, ACSS, Ministério da Saúde);

Habilitações: 2015 - Programa Leadership in healthcare delivery/2011 - Programa de Corporate Governance/2006 - PADIS - Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde/2004 - Pós-Graduação Gestão de Unidades de Saúde/1995 - licenciado em Gestão Financeira pelo IESF - Instituto de Estudos Financeiros e Fiscais.

*Renunciou funções em 31-08-2018.

F. Vogal do CA SINOPSE CURRICULAR

Rita Gonçalves Moreira***

Rita Gonçalves Moreira Nascida a 11 de março de 1980

Habilitações Académicas e Profissionais

Licenciatura em Administração e Gestão de Empresas pela Universidade Católica Portuguesa — Centro Regional do Porto em 2004; diversas formações na área da gestão; participação em congressos e conferências no âmbito da saúde.

Experiência Profissional:

Consultora na Deloitte (setembro 2004 a junho de 2008); Chefe do Departamento de Planeamento de Gestão da Prio SGPS (junho de 2008 a dezembro de 2009); Chefe do Departamento de Planeamento de Gestão da Prio Foods SGPS (janeiro de 2010 a abril de 2011); Assessora do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP (abril de 2011 a dezembro de 2011); Assessora do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto, EPE (janeiro de 2012 a maio de 2016); Vice-Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte, IP (maio 2016-janeiro 2019).

***Iniciou funções a 01-02-2019

5. Evidências da apresentação das declarações³ 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 empresa, assim como quaisquer relações que mantenham com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse (vide artigo 52.º do RJSPE).

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 as quais são apresentadas em anexo ao presente documento bem como a evidência do envio das mesmas a todas as entidades definidas por lei.

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

Não existem

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

Os Estatutos no Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017 de 10 de fevereiro, 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.

Nos termos dos artigos 35º e seguintes do Código do Procedimento Administrativo, do nº 3 do art.º 7º dos Estatutos constantes do Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro e no uso das faculdades conferidas pelo despacho nº 12655/2016, de 12 de outubro, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 202, de 20 de outubro de 2016, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto - EPE delega nos seus membros as seguintes competências:

³ Tem-se por desejável ser adequadamente evidenciada a receção das declarações por parte dos destinatários. Para o efeito considere-se o que refere a Inspeção-Geral de Finanças no sítio na internet desta última, acedível através da hiperligação <https://www.igf.gov.pt/deveres-de-comunicacao/gestores-publicos.aspx>. "(...) Para cumprimento desta obrigação legal, a IGF disponibiliza um formulário eletrónico ao qual o gestor público deve solicitar o acesso, através do envio de mensagem de correio eletrónico para o endereço de mail gestorespublicos@igf.gov.pt, que também está disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas. Após o recebimento da resposta com o respetivo link de acesso, deve preencher integralmente o formulário e submetê-lo no sistema, podendo no final imprimir as suas respostas".

Presidente do Conselho de Administração – Dr. Paulo Barbosa

Para além das competências próprias definidas no art.º 8º dos Estatutos do CHUP, delegam-se as seguintes:

1. Determinar as medidas adequadas, se for caso disso, sobre as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes.

2. No âmbito da gestão dos recursos humanos e desde que em conformidade legal:

- a) Autorizar o trabalho a tempo parcial e em semana de quatro dias, de acordo com o legalmente estabelecido;
- b) Autorizar a prestação e o pagamento de trabalho em dias de descanso semanal, complementar e feriados;
- c) Apreciar e autorizar os pedidos de comissão gratuita de serviço do pessoal afeto às áreas do respetivo pelouro, que não se encontrem em conformidade com as diretivas do Conselho de Administração;
- d) Justificar ou injustificar faltas;
- e) Autorizar os trabalhadores a comparecer em 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 dos 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 34.º 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 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 mobilidade interna;
- e) Autorizar dispensa para amamentação;
- f) Aprovar horários de trabalho nos termos do regulamento aprovado pelo CA;
- g) Autorizar o gozo de férias, o respetivo plano anual e eventuais alterações, bem como, transferência de férias para o ano seguinte, nos termos da lei;
- h) Autorizar a integração em júris de concurso em outras Instituições.

4. Elaborar os planos anuais e plurianuais e respetivos Orçamentos a submeter à apreciação e aprovação do Conselho de Administração.**5. As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração.**

Diretor Clínico – Prof. Dr. José Barros

Para além das competências próprias definidas no art.º 9º dos Estatutos do CHUP anexo ao Dec. Lei nº 244/12, de 9 de novembro:

1. Assinar os termos de responsabilidade relativos às deslocações de utentes a outras Unidades de Saúde para realização de exames ou tratamento.

2. No âmbito da gestão dos recursos humanos nas áreas sob a sua responsabilidade e desde que em conformidade legal:

- a) Monitorizar o trabalho extraordinário;
- b) Autorizar os pedidos de comissão gratuita de serviço.
- c) Autorizar a participação e dispensa para estágios, reuniões, seminários, colóquios, cursos de formação e outras iniciativas semelhantes ao pessoal médico ou técnico, desde que dos mesmos não resultem quaisquer encargos;
- d) Autorizar a mobilidade interna do pessoal médico ou técnico;
- e) Autorizar dispensa para amamentação;
- f) Aprovar horários de trabalho nos termos do regulamento aprovado pelo CA;
- g) Autorizar o gozo de férias, o respetivo plano anual e eventuais alterações, bem como, transferência de férias para o ano seguinte, nos termos da lei;
- h) Autorizar a integração em júris de concurso em outras Instituições.

3. Acompanhar a execução dos planos de atividades dos Centros /Departamentos, responsabilizando aqueles pela gestão adequada e eficiente dos recursos colocados à sua disposição;

4. As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração.

Enfermeiro-Diretor – Enf.º Eduardo Alves

Para além das competências próprias definidas no art.º 10º dos Estatutos do CHUP anexo ao Dec. Lei nº 244/12, de 9 de novembro:

1.No âmbito da gestão dos recursos humanos nas áreas sob a sua responsabilidade e desde que em conformidade legal:

- a) Monitorizar o trabalho extraordinário;
- b) Autorizar os pedidos de comissão gratuita de serviço;
- c) Autorizar a participação e dispensa para estágios, reuniões, seminários, colóquios, cursos de formação e outras iniciativas semelhantes, desde que dos mesmos não resultem quaisquer encargos;
- d) Autorizar a mobilidade interna do pessoal de enfermagem;
- e) Autorizar a dispensa para amamentação;
- f) Aprovar horários de trabalho nos termos do regulamento aprovado pelo CA;
- g) Autorizar o gozo de férias, o respetivo plano anual e eventuais alterações, bem como, transferência de férias para o ano seguinte, nos termos da lei;
- h) Autorizar a integração em júris de concurso em outras instituições.

2. As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração.

As presentes competências produzem efeitos desde 10 de fevereiro de 2017, ficando por este meio ratificados todos os atos, entretanto praticados no âmbito das competências agora definidas.

Com a nomeação da Dra Rita Moreira como Vogal do Conselho de Administração em substituição do Dr Rui Pedroso, por deliberação de 08/02/2019 o CA deliberou a redistribuição de Pelouros atribuindo-lhe a responsabilidade da área financeira e do Serviço de Sistemas de Informação, sendo o Serviço de

informação para a Gestão (SIG) partilhado com o Presidente do Conselho de Administração Dr Paulo Barbosa. Os restantes pelouros mantiveram-se inalterados.

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

- a) Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas 4;

2019	Dr Paulo Barbosa	Prof. Doutor José Barros	Drª Élia Gomes*	Dr Rita Moreira**	Enf.º Eduardo Alves
Nº Ausências	3	5	6	7	4
Nº Reuniões realizadas Ano 2018	53				
% assiduidade	94%	91%	89%	87%	92%

*informação cessação das suas funções no CHUP, dia 30 de abril de 2020.

** informação início das suas funções no CHUP, dia 01-02-2019.

b) Cargos exercidos em simultâneo em outras empresas, dentro e fora do grupo, e outras atividades relevantes exercidas pelos membros daqueles órgãos no decurso do exercício, apresentados segundo o formato seguinte:

Membro do Órgão de Administração	Acumulação de Funções		
	Entidade	Função	Regime
Dr. Paulo Jorge Barbosa Carvalho	ICBAS, UP	Professor associado convidado da unidade curricular "Clínica Médica" (5º ano) do Mestrado Integrado em Medicina.	Público
Prof. Doutor José Fernando da Rocha Barros	ICBAS, UP	Professor catedrático convidado. Regente da unidade curricular "Dissertação/ Projeto/ Estágio" (6º ano) e responsável pelo módulo de "Semiologia Neurológica" da unidade curricular Semiologia e Fisiopatologia II (3º ano) do Mestrado Integrado em Medicina (MIM). Membro da comissão científica do MIM.	Público
Enfº Alfredo Eduardo Argulho Alves	n.a.	n.a.	n.a.
Drª Élia do Céu Costa Gomes*	n.a.	n.a.	n.a.
Drª Rita Moreira	n.a.	n.a.	n.a.

* Informação relativa até à data da cessação das suas funções no CHUP, dia 30 de abril de 2020.

4 A informação poderá ser apresentada sob a forma de quadro.

c) Órgãos da empresa 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 e Decreto-Lei nº39/2016 de 28 de julho).

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 com as últimas alterações da Lei nº 42/2016) bem como os definidos no contrato-programa.

d) Comissões⁵ existentes no órgão de administração ou supervisão, se aplicável. Identificação das comissões, composição de cada uma delas assim como as suas competências e síntese das atividades desenvolvidas no exercício dessas competências.

Comissão da Qualidade e Segurança

Composição: Presidente: Dr.ª Isabel Alexandra Santos - Elementos: Eng. Luís Filipe Pereira; Dr.ª Cristina Fiúza Branco; Enf. Manuel Valente; Dr.ª Rosa Areias; Dr.ª Ernestina Reis; Enf.ª Alexandra Fernandes; Dr.ª Idalina Beirão

A Comissão da Qualidade e Segurança (CQS) do CHUP foi constituída em 2013 na sequência do Despacho nº3635/2013. Surge como uma estrutura funcional que se articula com a Direção Geral da Saúde (DGS) para concretizar os objetivos da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS). As atividades da CQS no CHUP seguem o modelo definido pelo Departamento da Qualidade na Saúde, desenvolvem localmente as prioridades estratégicas e as ações definidas na ENQS concretizada nos objetivos estratégicos do plano nacional para a segurança dos doentes. Estes elencam-se de forma macro: 1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; 2. Aumentar a segurança da comunicação. 3. Aumentar a segurança cirúrgica. 4. Aumentar a segurança na utilização da medicação. 5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes. 6. Prevenir a ocorrência de quedas. 7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão. 8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes. 9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. As ações da CQS concretizam-se em atividades de formação institucional no âmbito da governação clínica e da qualidade e segurança, como por exemplo, sobre notificação de eventos, auditoria clínica e quedas.

A CQS reúne anualmente com o Departamento da Qualidade na Saúde da DGS. Essas reuniões são propostas pela DGS e têm como objetivo sistematizar os aspetos anuais da ENQS a priorizar nas instituições de saúde.

A CQS operacionaliza bianualmente o questionário da cultura de segurança dos hospitais, tendo o último sido realizado em 2018. Desempenha um papel importante na divulgação e dinamização das Normas de Orientação Clínica (NOC) emitidas pela DGS, assim como na implementação de auditorias clínicas propostas por estas NOC.

⁵ Que incluam ou tenham a participação de elementos do órgão de administração ou supervisão.

Com. Farmacovigilância

Composição: Dr.^a Isabel Alexandra Santos – Diretora do DG-QRHSS; Dr.^a Idalina Beirão – Gestora de Risco Clínico CHUP; Dr.^a Patrocínia Rocha – Farmacêutica dos Serviços Farmacêuticos CHUP; Enf. Ismael Guedes Carvalho – UCIP; Téc. Cidália Silva – Adjunta da Governação Clínica DGQRHSS; Dr.^a Paula Rocha – GRC MP; Dr.^a Eugénia Fernandes – GRC MJD.

A Comissão de Farmacovigilância tem a sua atividade coordenada pelo Gabinete de Governação Clínica do Departamento da Qualidade. Tem como objetivos estratégicos a vigilância e divulgação interna dos efeitos laterais reportados de novo sobre medicamentos em uso na Instituição e de emitir alertas de segurança que de forma preventiva possam contribuir para uma prática segura no circuito do medicamento no CHUP. Tem desenvolvido um papel importante na área dos medicamentos LASA – Look Alike Sound Alike, sensibilizando e formando os profissionais para o tema assim como divulgando alertas respetivos.

Com. de Transfusão

Composição: a) Médico imunohemoterapeuta, que preside; b) Gestor de risco clínico; c) Médicos das especialidades de hematologia clínica e anestesiologia; d) Médicos de áreas clínicas (médica, cirúrgica, intensiva e pediátrica); e) Enfermeiro; f) TSS (ramo de laboratório) ou técnico TDT (análises clínicas).

Presidente: Dr.^a Margarida Amil, Assistente Graduada Sénior de Imunohemoterapia, Serviço Hematologia Clínica.

Vogais: Enf.^a Ana Isabel Magalhães, Serviço de Pediatria Enf.^a Ana Maria Soares Oliveira, Enfermeira-Chefe, Serviço de Urologia Dr.^a Ana Margarida Almeida, Assistente Graduada de Pediatria, Serviço de Neonatologia e Cuidados Intensivos Pediátricos Enf.^a Ana Rita Mota, Serviço de Neonatologia e Cuidados Intensivos Pediátricos Dr. André Luís, Assistente de Estomatologia, Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial; Gestor de Risco Clínico Dr. António Canha, Assistente Graduado, Serviço de Cirurgia Técnica Cidália Silva, Técnica Superior de Diagnóstico e Terapêutica, Serviço de Hematologia; Adjunta de Governação Clínica Dr.^a Elisabete Neutel, Assistente Graduada, Serviço de Anestesiologia Dr.^a Esmeralda Cleto, Assistente Graduada de Pediatria, Serviço de Pediatria Dr.^a Graça Buchner, Assistente Graduada de Obstetrícia, Serviço de Obstetrícia Dr.^a Heloísa Castro, Assistente Graduada, Serviço de Cuidados Intensivos (Unidade UCIP) Dr. João Araújo Correia, Assistente Graduado Sénior de Medicina Interna, Diretor do Serviço de Medicina Dr. José Aguiar, Assistente Graduado, Serviço de Anestesiologia Dr.^a Sara Gonçalves, Assistente Graduada de Pediatria, Serviço de Neonatologia e Cuidados Intensivos Pediátricos Dr.^a Teresa Almeida, Farmacêutica, Serviços Farmacêuticos.

A Comissão de transfusão e alternativas transfusionais é um órgão consultivo do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP).

Nos termos do Artigo 20º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar Universitário do Porto a Comissão de transfusão e alternativas transfusionais “tem competências na promoção de consensos e boas práticas de transfusão de sangue, hemoderivados e produtos alternativos, segurança transfusional, hemovigilância, educação, formação e auditoria na área”.

A atividade desenvolveu-se no âmbito da Informação de utentes, Informação para profissionais, Formação, Auditorias clínicas, Sistema de identificação de doentes a transfundir e Hemo-

vigilância.

Com. Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

Composição: A CCIRA é constituída por um núcleo executivo permanente e um vasto grupo consultivo. O grupo permanente é composto por 3 enfermeiros e 1 assistente técnica com horário dedicado completo, 1 médico com 25 horas semanais, outro com 20 e o médico coordenador com 18. Os elementos do núcleo consultivo, necessário para dotar a comissão de capacidade para intervenção em áreas específicas, participam nas reuniões periódicas e desenvolvem trabalho dirigido às suas áreas específicas: intensivismo, pediatria, neonatologia, cirurgia, farmácia e patologia clínica.

A Comissão de Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA) do CHUP corresponde ao GCL- PPCIRA (Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos) definido na sua constituição e funções por Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde, nº 2902 de 2013.

O dia-a-dia da CCIRA tem atividade corrente muito exigente no apoio à decisão sobre precauções de controlo da infeção em casos particulares, gestão de surtos e apoio à prescrição antimicrobiana. O programa de contenção das enterobacteriaceas produtoras de carbapenemases (EPC) exige um grande número de horas por semana, sendo aqui exigida intervenção para gestão de conflitos, priorização de vagas adequadas ao estado dos doentes, apoio à interpretação dos exames de rastreio e decisão sobre a orientação dos doentes. A par desta atividade do quotidiano da comissão, desenvolve-se um plano anual que percorre diversas obrigações institucionais, estratégias de melhoria de resultados a longo prazo, acompanhamento com intervenção sobre a evolução de indicadores de qualidade e desenvolvimento de programas transversais à instituição. Grande parte destas atividades correspondem a obrigações da instituição perante a tutela, seja na vigilância epidemiológica, formação dos profissionais e implementação de programas de boas práticas vertidos em Normas da DGS.

Com. de Proteção contra a Radiação

Composição: A Comissão é constituída por dois médicos (um neurorradiologista ou radiologista e um nuclearista) e três técnicos de radiologia e assessorada por um especialista em física médica: Dr. João Xavier, Técnica Filomena Oliveira, Técnica M. Conceição Nogueira e Técnica Cláudia Machado.

A Comissão de Proteção contra Radiações (CPCR) visa assegurar o desenvolvimento e implementação de políticas e procedimentos de proteção contra radiações ionizantes, assim como garantir a existência de um fórum institucional de consulta, comunicação e disseminação de informação em matéria de radiação. São suas competências:

- 1- Coordenar o programa de controlo de qualidade dos equipamentos, a avaliação da proteção radiológica das instalações, o licenciamento de equipamentos e avaliação do equipamento de proteção individual.
- 2- Monitorizar os relatórios de dosimetria individual e promover a iniciação do controlo dosimétrico de novos profissionais.
- 3- Apoiar tecnicamente o Serviço de Aquisições na elaboração de processos de aquisição de materiais e equipamentos de proteção radiológica e propor a sua seleção.
- 4- Desenvolver, implementar e manter atualizados políticas e procedimentos no âmbito da proteção radiológica.

5- Desenvolver ações de formação em Proteção Radiológica aos profissionais envolvidos em procedimentos com recurso a radiação ionizante.

Atividades 2019: Monitorização dos relatórios de dosimetria individual dos profissionais expostos a radiações e monitorizados por dosímetro termo luminescente; Acompanhamento dos novos profissionais monitorizados por dosimetria individual, garantindo a entrega de documentação relativa às radiações; Acompanhamento dos processos de licenciamento de todos os equipamentos emissores de radiação do CHUP; Acompanhamento da avaliação das instalações radiológicas no âmbito da Proteção Radiológica, desencadeando os processos de correção das não conformidades; Acompanhamento e monitorização do controlo de qualidade dos equipamentos radiológicos, desencadeando ações corretivas, sempre que necessário; Elaboração de cadernos de encargos para concursos de Contratação de serviços para controlo de qualidade de equipamentos e avaliação da proteção radiológica nas instalações do CHUP e consultadoria no âmbito da Física médica, para as áreas de Medicina Nuclear e Radiologia, integrando o Júri de Avaliação; Elaboração de cadernos de encargos para concurso de dosimetria, integrando o Júri de avaliação das propostas; Avaliação dos eventos de notificação de dose elevada no paciente, desencadeando a sua análise de risco pelo Físico Responsável pelo CHUP e comunicando à direção do serviço executante o relatório dos mesmos para seguimento do doente; Emissão de pareceres na escolha de equipamento de proteção radiológica individual para os profissionais expostos; Emissão de pareceres sobre a aquisição de equipamento de proteção para salas de exames e cirúrgicas, onde são realizados procedimentos com recurso a radiação ionizante; Realização de Auditorias Clínicas: Proteção Gonadal em Pediatria e Notificação de dose de exposição; Formação em Proteção Radiológica a profissionais expostos a radiação ionizante no decurso da sua atividade profissional; Atualização de documentos/procedimentos no âmbito da proteção radiológica.

Com. Coordenação Oncológica

Composição: António Araújo, José Ramon Vázquez, José Davide da Silva, Ricardo Jorge Pinto, Jorge Bráulio Coutinho, Noémia Salgado Afonso, Fernando Guedes Rodrigues, Manuela França, Avelino Fraga, Glória Rodrigues.

As competências da comissão coordenação Oncológica são as que decorrem da Portaria 420/90, de 08 de Junho, nomeadamente: “a) Organizar as consultas de grupo, multidisciplinares, com o objetivo de analisar e definir a estratégia de diagnóstico e terapêutica relativa a casos clínicos oncológicos; b) Aprovar protocolos de atuação diagnóstica e terapêutica dos diversos tipos de doença oncológica; c) Emitir parecer sobre a estrutura do hospital no âmbito da oncologia; d) Promover e coordenar o registo hospitalar do cancro.”. A atividade desenvolvida em 2019 prendeu-se com a discussão acerca da necessidade de existir um Serviço de Radio-Oncologia no CHU Porto e suas implicações em termos estratégicos futuros e implementação do Registo Oncológico Nacional.

Comissão de Ética

Composição: A CE tem uma composição multidisciplinar, sendo constituída por onze membros, não pertencentes aos órgãos de administração e gestão hospitalar e/ou académica.

A composição da Comissão de Ética Única CHUP/ICBAS:

Dr.^a Maria Luíza Rodrigues Bernardo (Presidente)
 Dr.^a Paulina Maria de Carvalho Araújo Fernandes Ferreira Aguiar (Vice-Presidente)
 Prof.^a Doutora Carla Margarida Coelho Marques Abrantes Teixeira Claro Fonseca
 Dr.^a Cármen Dolores Moreira de Carvalho
 Dr.^a Fernanda Manuela Pereira da Costa
 Dr. Gonçalo Senhorães Senra
 Prof. Doutor José António Pinho da Silva
 Dr.^a Maria Helena Silva Ramos
 Prof.^a Doutora Maria Manuel Martins da Costa Pinheiro de Araújo Jorge
 Prof.^a Doutora Maria Strecht Monteiro Mata de Almeida
 Prof. Doutor Paulo Manuel Rodrigues Martins da Costa

À CE compete exercer as competências gerais e específicas que lhe são atribuídas pelo Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de outubro, bem como na legislação conexas e complementar, designadamente nos termos da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, e do Regulamento (UE) n.º 536/2014, do Parlamento e do Conselho de 16 de abril.

A comissão desenvolve a sua atividade no âmbito das suas competências gerais, da prática clínica assistencial, da investigação clínica e biomédica.

No exercício das suas competências, a CE pondera, em especial, o estabelecido na lei, nos códigos deontológicos, assim como nas convenções, declarações e diretrizes internacionais existentes sobre as matérias a apreciar.

Comissão Hospitalar de Avaliação de Tecnologias da Saúde – Dispositivos Médicos (CHATS – DM)

Composição: A comissão tem como Presidente um médico nomeado pelo CA, que propõe os restantes membros da comissão. Deverá ser constituída por sete profissionais, cinco médicos, entre os quais está incluído o Presidente, um representante do grupo de enfermagem e o diretor do serviço de aprovisionamento: Severo Torres – AH Graduado Sénior e Diretor de Serviço de Cardiologia, Prof. Associado convidado do ICBAS; José Maria La Fuente de Carvalho – AH Graduado Sénior de Urologia, Prof. Catedrático Convidado do ICBAS; Humberto Machado - AH Graduado Sénior e Diretor de Serviço de Anestesia, Prof. Associado convidado do ICBAS; Mário Santos – AH de Cardiologia, Prof. Auxiliar Convidado da FMUP e Docente Externo do ICBAS; Paulo Paiva – AH de Medicina Interna, Prof. Auxiliar Convidado do ICBAS, Diretor da Comissão de Farmácia e Terapêutica; Rui Mota – Engenheiro Mecânico, Diretor do Serviço de Aprovisionamento.

A CHATS – DM é um órgão de assessoria técnica e de ligação entre os serviços de ação médica e o serviço de aprovisionamento.

As principais competências podem ser agrupadas em duas categorias: Avaliação de novos Dispositivos Médicos (DM) e Otimização da utilização dos DM existentes. Em 2019 e em linhas

gerais, a CHATS-DM acompanhou a despesa em dispositivos médicos, sensibilizando os respetivos Serviços para a implementação de medidas para o seu controle e redução, estimulou a abertura de concursos de dispositivos, monitorizando o seu desenvolvimento, deu parecer sobre a introdução de novos dispositivos e colaborou com o projeto de gestão informatizada das con签ações que está em desenvolvimento pelo Serviço de Aprovisionamento.

Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica

Composição: O Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica do CHUP é constituído pelos Técnicos Coordenadores das áreas de Audiologia, Cardiologia, Radiologia, Ortóptica, Fisioterapia, Neurofisiologia, Análises Clínicas, Farmácia, Anatomia Patológica, Terapia da Fala e Dietética: Celso Cruz, Hélia Romeira, Filomena Oliveira, Isabel Oliveira, Isabel Neves, Isaiás Paiva, Maria Fernanda Duarte, Maria dos Anjos Sá, Maria Elisete Lopes, Paula Fonseca, Susana Freitas.

As suas competências são as constantes do ponto 1, do artigo nº 13, do Dec. Lei nº 111/2017:

“1 — Nos serviços e estabelecimentos com, pelo menos, três profissões das áreas de diagnóstico e terapêutica deve ser constituído um conselho técnico, com funções de apoio ao órgão máximo de gestão do respetivo órgão ou serviço, ao qual compete:

- a) promover a articulação e a harmonização do exercício profissional das diversas profissões representadas, designadamente, mediante emissão de normas técnicas;
- b) dar parecer sobre matérias relativas às profissões representadas, nomeadamente sobre a formação pré e pós-graduada;
- c) assegurar as funções de conselho coordenador da avaliação, em termo a definir no diploma que adapte o Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho na Administração Pública (SIADAP) à carreira especial de técnico superior das áreas de diagnóstico e terapêutica”.

Atividades em 2019: 1-Elaboração de propostas ao Conselho de Administração para nomeação do Técnico Diretor, abertura de concursos de acesso de promoção para categorias superiores. 2-Levantamento de necessidades para a abertura de concursos em articulação com o Serviço de Gestão de Recursos Humanos. 3-Levantamento de informação para o Regulamento Geral da Proteção de Dados. 4-Existência de reuniões mensais para discussão de assuntos relacionados com os TSDT. 5-Garantir a continuidade dos trabalhos para a redação da newsletter dos TSDT – Caleidoscópio, na sua publicação nº3.

Comissão de Enfermagem

A Comissão de Enfermagem, atualmente: Direção de Enfermagem (Portaria nº245/2013 de 5 de agosto) é composta por: Enfermeiro Diretor, adjuntos do Enfermeiro Diretor e Enfermeiros integrados na Carreira Especial de Enfermagem que, nos termos do artigo 18.o do Decreto-Lei nº 248/2009, de 22 de setembro, exerçam funções de direção e chefia.

As questões estratégicas, trabalhadas na Direção de Enfermagem em 2019 foram as seguintes:

- | Indicadores de produção de enfermagem a apresentar em BI;
- | Indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem;

- | Avaliação de desempenho segundo SIADAP;
- | Sistema de Classificação de Doentes por Grau de Dependência (SCDE).

Com. Sistemas de Informação e do Processo Clínico Eletrónico

A Comissão de Sistemas de Informação e PCE (CSI e PCE) é um órgão multidisciplinar de apoio ao Conselho de Administração, sendo constituída por sete elementos: o vogal do CA que detém o pelouro do serviço de sistemas de informação, ou um elemento por si designado, que preside, o Diretor do Serviço de Sistemas de Informação ou um efetivo por ele designado, um administrador hospitalar, dois médicos, um enfermeiro, um técnico superior de saúde ou um técnico de diagnóstico e terapêutica e pelo Diretor do Departamento de Aprovisionamento e Logística ou um elemento por si designado.

COMPETÊNCIAS

- a) sistematizar e promover a integração das aplicações informáticas existentes no CHUP;
- b) zelar pela adequação dos equipamentos e aplicações informáticas nos diferentes contextos de utilização no CHUP;
- c) avaliar o grau de satisfação dos utilizadores relativamente aos programas disponíveis;
- d) procurar soluções para dar resposta aos problemas levantados pela utilização das aplicações informáticas;
- e) procurar soluções para automatizar processos do CHUP, clínicos e administrativos;
- f) elaborar e manter atualizado o plano diretor de informática do CHUP;
- g) acompanhar a implementação do plano estratégico;
- h) dar parecer sobre os programas que internamente se pretendam adquirir ou instalar;
- i) programar e dinamizar formações e ações informativas consideradas necessárias para uma correta utilização das aplicações informáticas;
- j) promover as boas práticas de registo clínico;
- k) coordenar o desenvolvimento contínuo do Processo Clínico Eletrónico tendo em vista o arquivamento estruturado e o acesso expedito à informação clínica integral;
- l) zelar pela circulação adequada da informação no seio do CHUP e entre este e as restantes instituições do SNS;
- m) acompanhar o trabalho da comissão terminologias clínicas;
- n) zelar pela recolha de pequenas bases de dados espalhadas pelo CHUP com o desígnio à integração no PCE;
- o) procurar novas soluções tecnológicas de melhoria contínua de processos de informação;
- p) articulação com as iniciativas de promoção da Telemedicina identificado nos planos regionais para o desenvolvimento das teleconsultas, teleradiologia, rastreio de triagem dermatológica, rastreio de retinopatia diabética e em todas as especialidades prioritárias previstas no Despacho nº3571/2013.

Em finais do ano de 2019, foram analisadas as suas competências tendo-se decidido avançar com a revisão do regulamento da Comissão e da sua constituição.

Com. Normalização do Material de Consumo Clínico e Equipamentos

A comissão de normalização de material de consumo clínico e equipamentos é um órgão consultivo responsável pela emissão

de pareceres relativos à política de aquisição, manutenção e renovação de material e equipamentos, competindo-lhe, nomeadamente:

- a) Emitir parecer acerca da introdução no CHUP do material de consumo clínico e equipamentos;
- b) Definir e propor uma política de normalização dos produtos dos consumíveis;
- c) Apoiar o serviço de compras e logística na elaboração de processos de aquisição, em particular no que concerne à identificação e tipologia de produtos;
- d) Pronunciar-se sobre os processos de aquisição de equipamentos que impliquem a utilização de consumíveis a pedido do serviço de compras e logística;
- e) Desenvolver, em colaboração com outras comissões do CHUP, normas de utilização e procedimentos que sejam transversais na instituição e possibilitem uma utilização racional dos mesmos.

A comissão de normalização de material de consumo clínico e equipamentos é constituída pelos seguintes membros:

- a) O vogal do CA que detém o pelouro do Departamento de Aprovisionamento e Logística, ou um elemento por si designado, que preside;
- b) O Diretor do Departamento e Logística ou um elemento por si designado;
- c) Um administrador hospitalar;
- d) Dois médicos;
- e) Dois enfermeiros.

A comissão poderá, sempre que necessário, agregar os elementos considerados indispensáveis à sua intervenção.

A comissão tem um Coordenador que substitui o Presidente nas suas ausências e sempre que este solicite, um secretariado administrativo proveniente do serviço de aprovisionamento. Os elementos que a constituem são os seguintes: Dra. Élia Costa Gomes, Dra. Irene Aragão, Eng. Rui Mota, Dr. Márcio Reis, Dra. Isabel Mesquita, Enf. Manuel Mota, Eng. Diogo Rocha.

Comissão Farmácia e Terapêutica

A CFT do CHUP é constituída por 8 membros permanentes e um membro não permanente, em representação da Comissão de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA) da instituição.

Os oito membros permanentes são:

- | Paulo Ilídio dos Santos Paiva, Médico, Presidente da CFT;
- | Patrocínia Maria Pinto de Castro Rocha, Farmacêutica, Diretora dos Serviços Farmacêuticos;
- | Josefina Maria de Sousa Santos Lascasas, Médica;
- | Filinto Bernardino Marcos Correia de Barros, Médico;
- | Sara Isabel Mendes Rocha, Médica;
- | Maria Teresa Fernandes Cunha, Farmacêutica, com função complementar de Secretariar a CFT;
- | Bárbara Gisela Bastos Santos, Farmacêutica, com função complementar de Secretariar a CFT;
- | Alexandra Maria da Costa Quintas, Farmacêutica, com função complementar de Secretariar a CFT.

Todos os elementos, devem apresentar anualmente declarações de não incompatibilidade para a função da CFT, de acordo com a lei.

As competências da CFT do CHUP são:

- | Atuar como órgão de ligação entre os serviços de ação médica e os Serviços Farmacêuticos;
- | Pronunciar-se sobre a adequação da terapêutica prescrita aos doentes, sem quebra das normas deontológicas;
- | Selecionar, designadamente entre as alternativas terapêuticas previstas no Formulário Nacional de Medicamentos (FNM) a lis-

ta de medicamentos que serão disponibilizados pela instituição, e implementar e monitorizar o cumprimento dos critérios de utilização de medicamentos emitidos pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) e dos protocolos de utilização na entidade;

- | Monitorizar os dados resultantes da utilização de medicamentos e outras tecnologias de saúde, nomeadamente através dos registos que tenham sido considerados necessários no âmbito de decisões de financiamento;

- | Representar a instituição na articulação com a CNFT e colaborar com a mesma disponibilizando a informação e os pareceres acerca da utilização dos medicamentos na sua instituição, sempre que para isso for solicitada;

- | Analisar com cada serviço hospitalar os custos da terapêutica que lhe são imputados, auditando periodicamente e identificando desvios na utilização dos medicamentos;

- | Em articulação com o Monitor da Prescrição Médica, monitorizar a prescrição interna de medicamentos com o objetivo de emitir relatórios trimestrais, obter indicadores relativos à sua prescrição e implementar mecanismos regulares de acompanhamento e discussão interpares dessa informação, em conformidade com o previsto no Despacho n.º 17069/2011.

- | Zelar pelo cumprimento das obrigações decorrentes do Despacho n.º 13382/2012 nomeadamente no que se refere ao envio regular de informação sobre a prescrição e sobre a dispensa de medicamentos pela unidade hospitalar;

- | Diligenciar a promoção de estratégias efetivas na utilização racional do medicamento na instituição;

- | Colaborar com o Sistema Nacional de Farmacovigilância, nos termos da legislação em vigor;

- | Articular com as diferentes Comissões com responsabilidades no âmbito do medicamento, nomeadamente com a CCIRA, estabelecendo mecanismos de monitorização e utilização racional de antimicrobianos dentro dos objetivos e competências da mesma;

- | Propor o que tiver por conveniente dentro das matérias da sua competência.

A CFT funciona em reuniões regulares semanais dos membros permanentes, às quartas feiras, das 14:30 às 17 horas.

O membro em representação da CCIRA reúne mensalmente em plenário da CFT numa das reuniões regulares.

Sempre que necessário ou solicitado pelo Diretor Clínico a CFT pode reunir de forma extraordinária, mediante convocatória do Presidente.

A CFT pronuncia-se sobre as questões que lhe são submetidas, no âmbito das suas competências, mediante a emissão de pareceres. Os pareceres dependem da aprovação por maioria simples dos votos dos membros presentes da CFT. Em caso de empate o Presidente tem voto de qualidade. Os pareceres são sempre fundamentados e devem concluir de modo expresso e claro sobre todas as questões suscitadas.

Cada reunião da CFT tem uma ordem de trabalhos elaborada pelos elementos com função de secretariado e enviada a todos os membros por via eletrónica com pelo menos 1 dia útil de antecedência;

Para o funcionamento regular do plenário da CFT devem estar presentes metade dos seus membros; em situação de urgência, podem ser emitidos pareceres, em nome da CFT, para ratificação pelo Diretor Clínico desde que estejam presentes pelo menos o Presidente e o Diretor dos Serviços Farmacêuticos.

De cada reunião da CFT é elaborada uma Ata onde constam todas as decisões tomadas, a respetiva fundamentação e votação dos presentes. As atas são assinadas por todos os presentes.

Durante o ano 2019 a CFT teve 53 Reuniões Regulares e 3 Reuniões extraordinárias.

Foram produzidos 1018 pareceres sobre pedidos de medicamentos. Estas 1018 decisões incluem:

1. Decisões no âmbito da CFT
2. Pareceres sobre novos medicamentos
3. Pareceres sobre pedidos de autorizações excepcionais de medicamentos ainda sem avaliação finalizada pelo SNS
4. Pareceres sobre utilizações off-label.
5. Pareceres sobre protocolos terapêuticos.

Em resultado deste trabalho o CHUP aprovou e submetemos 147 pedidos de Autorização de Utilização Excepcional de medicamentos ao Infarmed.

Foram igualmente publicadas Deliberações ou Pareceres sobre as condições de utilização de 21 medicamentos, a maioria de inovação, no CHUP.

As decisões da CFT, ratificadas pela Direção Clínica e/ou CA, são publicadas e implementadas no Circuito do Medicamento com articulação com a Equipa do CdM, com quem a CFT reúne mensalmente.

A CFT colabora com o Monitor da Prescrição Médica para a elaboração e envio, trimestralmente, para a ACSS dos Relatórios de Monitorização da Prescrição Médica da instituição.

O presidente da CFT e a Diretor dos Serviços Farmacêuticos participam e colaboram regularmente nos trabalhos da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica do Infarmed. Para o efeito participaram numa reunião mensal nessa instituição e elaboraram diversos pareceres sobre utilização de medicamentos no Formulário Nacional de Medicamentos. Representaram o CHUP em reuniões com a CFT da ARS Norte, com Centros Prescritores de Medicamentos Biológicos e com outras CFTs.

Na dependência da CFT estão constituídas subcomissões especializadas ou consultas de grupo que atuam sectorialmente no âmbito das respetivas competências como assessorias técnicas da CFT.

Compete às subcomissões e consultas de grupo a emissão de pareceres técnicos sobre questões que lhes sejam especificamente colocadas.

Em 2019 funcionaram regularmente e emitiram documentos e pedidos ou pareceres para a CFT:

- | Consulta de Grupo para o tratamento da Hepatite C
- | Consulta de Grupo de VIH
- | Consulta de Grupo de Doença Autoimunes, Dermatologia e DII.

Com. Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez

1. Composição e competências da Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez

Presidente: Prof. Doutor Luís Guedes Martins (Assistente Hospitalar de Obstetrícia e Ginecologia, Diretor do Centro de Medicina Fetal-Medicina Fetal Porto / CMIN-CHUP)

| Membros efetivos

Prof. Doutor Luís Guedes Martins (Assistente Hospitalar de Obs-

tetrícia e Ginecologia, Diretor do Centro de Medicina Fetal-Medicina Fetal Porto / CMIN-CHUP)

Dra. Luísa Ferreira (Assistente Hospitalar Graduada de Obstetrícia e Ginecologia)

Dra. Luísa Carreira (Assistente Hospitalar de Pediatria/Neonatalogia)

| Suplentes

Dra. Cristina Dias (Assistente Hospitalar Graduada de Obstetrícia e Ginecologia)

Dra. Cármen Carvalho (Assistente Hospitalar Graduada de Neonatologia/Pediatria)

Dra. Cláudia Reis (Assistente Hospitalar de Genética Médica)

2. Competências

A competência essencial da comissão é avaliar/analisar os pedidos de interrupção médica da gravidez (efetuados pelos casais/grávida) e decidir à luz da Lei corrente o caráter de elegibilidade para prosseguir com o pedido.

3. Atividade desenvolvida durante o ano de 2019

Em 2019, um total de 52 casos foram discutidos pela Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez. A maioria (94%) correspondiam a gravidezes espontâneas. 30,8% exibiram antecedentes de mau resultado obstétrico prévio. Todos os pedidos tiveram um parecer favorável para prosseguir com a interrupção da gravidez (52/52; 100%) dados que os mesmos são efetuados em consulta especializada de Medicina Fetal, após aconselhamento extenso, por especialista em Obstetrícia/Ginecologia, com diferenciação em Medicina Fetal.

A idade materna média foi de 34,06 anos (17-44 anos). A paridade média foi de 0,65. A idade gestacional média à data da discussão foi de 19 semanas (9 a 34 semanas). O intervalo de tempo entre a pedido de interrupção de gravidez pelo casal e a decisão pela comissão técnica foi de 1,5 dias (0-6 dias) e entre a decisão da comissão e o término da gravidez foi de 2,7 dias.

A maioria das anomalias fetais foi diagnosticada no primeiro trimestre (50%) da gravidez.

Os distúrbios genéticos foram a anomalia mais comumente observada em 21 (40,4%) casos, sendo a trissomia 21 (47,6%) e 18 (28,6%) as mais frequentes. Os outros grupos principais de anomalias que motivaram pedidos de interrupção da gravidez incluíram distúrbios do sistema nervoso central (SNC) (n = 14; 26,9%) e do sistema cardiovascular (CVS) (n = 6; 11,5%).

A taxa de sucesso da resolução médica recorrendo a mifepristone e misoprostol foi de 76,9%, com 19,2% dos casos exigindo intervenção adicional com dilatação e curetagem uterina. Não se registaram complicações major associados aos procedimentos descritos.

Com. de Ventilação não Invasiva e Ventiloterapia Domiciliária

Introdução: A comissão foi criada em 1995 para planear a orientação em ambulatório de doentes com insuficiência respiratória e dependentes crónicos de ventilação artificial, facilitando a alta para o domicílio. Em 1996 abriu a Consulta de Ventiloterapia Domiciliária que incluiu médicos de Cuidados Intensivos e de Medicina Interna. A comissão evoluiu no desenvolvimento da Ventilação Não Invasiva (VNI), permitindo tratamento da insuficiência respiratória aguda (IRA) fora das unidades intensivas.

Tem sido mantida ao longo dos anos a formação multiprofissional em eficácia e segurança, com a colaboração do DEFI, além da formação em serviço de médicos e enfermeiros.

Em 2002 a comissão incluiu dois enfermeiros e foram identificados interlocutores nos serviços onde se aplica a VNI (serviços de Urgência, Medicina e Cuidados Intensivos).

Em 2006 disponibilizaram-se ventiladores portáteis e promoveu-se a sua uniformização e a distribuição através do Parque de Equipamentos (um projeto pioneiro), além da revisão da política de armazenamento, manutenção, desinfeção e distribuição. Alargou-se o âmbito de utilizadores (Cardiologia, Pediatria) e de indicações.

Em 2008 a comissão passou a incluir todas as unidades do CHUP e integrou um Administrador Hospitalar, que foi uma mais-valia no desenvolvimento da VNI.

Em 2009 avançou-se para um concurso de aquisição de serviços respiratórios domiciliários, para doentes com insuficiência respiratória crónica grave em ventilação domiciliária, um passo inovador e de qualidade assistencial.

Em 2010 foi criada a prescrição eletrónica dos cuidados respiratórios crónicos domiciliários, percussora da prescrição nacional.

Em 2011 foi criado no Portal Interno uma página com disponibilização de informação técnica, normas e documentos internos.

Comissão de Ventilação Não Invasiva e Ventiloterapia Domiciliária:

| Missão

Promover a utilização racional e adequada da VNI e o acompanhamento dos doentes ventilados cronicamente;

Estimular a adesão dos profissionais e utentes internados à VNI, proporcionando formação a profissionais, utentes e cuidadores;

Facilitar a antecipação das altas, garantindo apoio no domicílio;

Garantir a gestão e requerer a auditoria dos circuitos de materiais e equipamentos.

| Âmbito

Consultadoria técnica, trabalhando em conjunto com os serviços clínicos nas definições dos dispositivos, distribuição, manutenção, reposição e apreciação de inovações;

Colaboração com estruturas transversais na definição de procedimentos que permitam uma distribuição atempada e adequada de todo o equipamento para a VNI.

| Competências

Divulgar e garantir o cumprimento das boas práticas para utilização da VNI e dos cuidados respiratórios domiciliários de acordo com as normas da DGS;

Emitir pareceres sobre a política de material;

Definir e propor uma política de normalização dos equipamentos;

Desenvolver normas de utilização e procedimentos transversais visando uma utilização racional dos recursos;

Formação, em serviço e teórico-prática, sobre indicação, benefícios, riscos e regras.

| Funcionamento

A comissão tem um coordenador médico e uma composição multidisciplinar;

Reúne uma vez por mês e sempre que se justifique;

Tem um secretariado administrativo partilhado.

Equipa multidisciplinar e multiprofissional
Coordenadora:

Dr.^a Elga René Freire, Serviço de Medicina

Vogais:

Dr.^a Ana Luísa Rego, Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Cuidados Intensivos (SCI)

Enf.^a Carla Pinheiro, Serviço de Urgência

Enf.^a Fátima Silva, Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Dr.^a Irene Aragão, SCI, Comissão de Normalização de Material de Consumo e Equipamentos Clínicos

Dr.^a Joana Gomes, Serviço de Pneumologia

Dr. João Neves, Serviço de Medicina

Dr.^a Lurdes Morais, Serviço de Pediatria

Enf.^a Rosário Sousa, Serviço de Pediatria

Em 2019 o resumo da atividade é o seguinte:

| Curso de VNI, no DEFI, no dia 18 de Março.

| Multiprofissional

| Incluiu profissionais dos ACES do Porto Ocidental e Gondomar

| Formação em Serviço, no SU sobre o novo ventilador Stellar para os médicos e enfermeiros no SU (várias sessões).

| Atualização do inventário do material e VNI e Cough Assist do CHUP: (incluindo o oferecido aos Serviços)

| Revistos os procedimentos com o Serviço de Esterilização sobre o material reutilizável.

| Proposta reunião com os responsáveis do parque de equipamentos e do aprovisionamento. Há necessidade de repensar todo o circuito do material incluindo a sua requisição.

| Atualização do subportal

| Propostos novos protocolos para o CDM:

| De objetivos de Sat O2 na IR tipo I (92-96%) no internamento (de acordo com as novas recomendações).

| De prescrição dos cuidados respiratórios no CDM: VNI, VI, Cough Assist, O2 e O2 de Alto Fluxo

| Durante o ano de 2019 foram feitas cinco reuniões da comissão cujas atas poderão ser fornecidas.

D. Fiscalização

1. Identificação do órgão de fiscalização correspondente ao

⁶ Relativamente ao Fiscal Único deverá ser prestada a informação a que se referem os pontos 1, 3, 4 e 5 deste tópico D. Fiscalização e bem assim a informação a que se refere o tópico E. Revisor Oficial de Contas (ROC).

modelo adotado: Fiscal Único, Conselho Fiscal, Comissão de Auditoria, Conselho Geral e de Supervisão ou Comissão para as Matérias Financeiras

Com as alterações introduzidas nos Estatutos pelo Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro, o CHUP enquanto entidade de interesse público, nos termos do Regime da Lei nº 148/2015, deverá ter um Conselho Fiscal e um Revisor Oficial de Contas ou Sociedade de Revisores.

O Conselho Fiscal deverá ser constituído por três membros efetivos e um suplente, sendo um deles o Presidente (artigo 15º dos Estatutos nº2).

Os membros do conselho fiscal são nomeados por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, por um período de três anos, renovável por uma única vez (artigo 15º nº3 dos Estatutos)

O revisor oficial de contas é nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Con-

selho Fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável por uma única vez (artigo 15º nº4 dos Estatutos).

Nestes termos, o despacho conjunto das Finanças e da Saúde de 06-09-2018, designou para o mandato de 2018-2020 os membros do Conselho Fiscal para o CHUP e o despacho conjunto das Finanças e da Saúde de 18-12-2018 nomeou o Revisor Oficial de Contas para o mandato de 2018-2020.

2. 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, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou). Informação a apresentar segundo o formato seguinte:

Mandato (Início-Fim)	Cargo	Nome	Designação	
			Forma	Data
2018-2020	Presidente	Carla Manuela Serra Geraldès	Despacho SES e SET	31 agosto e 4 de setembro de 2018
2018-2020	Vogal	Maria das Dores Sousa Silva	Despacho SES e SET	31 agosto e 4 de setembro de 2018
2018-2020	Vogal	Julio Fernando Seara Sequeira da Mota Lobão	Despacho SES e SET	31 agosto e 4 de setembro de 2018
2018-2020	Vogal Suplente	Manuel Pires de Matos	Despacho SES e SET	31 agosto e 4 de setembro de 2018

Número estatutário mínimo e máximo de membros - [número mínimo] / [número máximo] :4 / 4
 Legenda: SES – Secretário de Estado da Saúde; SET – Secretário de Estado do Tesouro.

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

**Presidente do Conselho Fiscal
 SINOPSE CURRICULAR**

Carla Manuela Serra Geraldès

Resumo

- | Manager de Auditoria na Deloitte entre 1996 e 2003.
- | Revisora Oficial de Contas desde dezembro de 2001.
- | Partner na Crowe Portugal desde 2004.

Experiência profissional

| Experiência profissional de 23 anos em auditoria financeira, tendo desenvolvido a sua atividade em diversas entidades nacionais e internacionais de natureza privada e pública, abrangendo diversos setores de atividade, nomeadamente, indústria, comércio, saúde, transportes, construção, setor público da educação (universidades e institutos politécnicos), setor públi-

co local (Municípios e empresas locais), bem como entidades do setor não lucrativo (associações e fundações).

- | Membro do Conselho Fiscal de diversas entidades.
- | Coautora do livro “Novo Normativo Contabilístico para as Entidades do Setor não Lucrativo – Casos Práticos”.

Associações Profissionais

- | Membro da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas.
- | Membro da Ordem dos Economistas.
- | Membro da Ordem dos Contabilistas Certificados.

Formação

- | Licenciatura em Economia pela Universidade do Porto (Faculdade de Economia do Porto).
- | Revisor Oficial de Contas.
- | Pós-graduação em “Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas” pelo IPCA – Instituto Politécnico do Cávado e do Ave.

**Vogal do Conselho Fiscal
SINOPSE CURRICULAR****Maria das Dores de Sousa Silva**

Formação académica: Licenciatura em Economia.

Experiência profissional: Chefe de equipa multidisciplinar da Inspeção-Geral de Finanças-Autoridade de Auditoria, desde 2015.

Inspetora de Finanças da IGF, desde 1996.

Membro suplente do Conselho Geral da Comissão de Normalização Contabilística.

Outras atividades: Formadora no domínio da Contabilidade Pública.

Vogal do júri dos concursos das apostas mútuas da S.C.M. de Lisboa.

Vogal do júri do concurso "Fatura da Sorte", de 2015 a 2018.

Monitora do Programa Integrado de Cooperação e Assistência Técnica em Finanças Públicas – Cooperação com São Tomé e Príncipe, em 2010.

**Vogal do Conselho Fiscal
SINOPSE CURRICULAR****Júlio Fernando Seara Sequeira da Mota Lobão**

Júlio Fernando Seara Sequeira da Mota Lobão nasceu a 21 de Abril de 1975 em Braga.

Analista financeiro e consultor na área dos mercados financeiros (de 1994 a 2001).

Economista com exercício de funções de direção em empresas no sector de formação profissional (de 2001 a 2007).

Professor-Adjunto no Instituto de Estudos Financeiros e Fiscais (de 2000 a 2007) e no Instituto Superior de Entre Douro e Vouga (de 2007 a 2008).

Professor Auxiliar na Universidade Lusíada de V.N. Famalicão (de 2007 a 2009) e na Universidade Lusíada do Porto (de 2007 a 2010).

Consultor científico do programa de literacia financeira "No Poupar Está o Ganho" desenvolvido pela Fundação Dr. António Cupertino de Miranda (de 2016 a 2017).

Desde 2009, Professor Auxiliar na Faculdade de Economia da Universidade do Porto (FEP), onde leciona na área das Finanças.

Desde 2011, consultor na área das finanças com exercício de funções de peritagem técnica em diversos processos judiciais no Tribunal de Trabalho do Porto, Tribunal do Trabalho de Matosinhos e Tribunal Judicial da Comarca do Porto.

Habilitações académicas:

2007: Doutoramento em Ciências Empresariais pela Universidade do Minho.

2002: Mestrado em Economia pela Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

1998: Licenciatura em Economia pela Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

Publicações:

Autor de seis livros no campo da gestão financeira, e de dezenas de artigos publicados em revistas científicas nacionais e internacionais na sua área de especialidade.

**Vogal-suplente do Conselho Fiscal
SINOPSE CURRICULAR**

Nome: Fernando Manuel de Sousa Pires de Matos

Data de Nascimento: 20 de Abril de 1962

Habilitações Académicas

| Licenciatura em Economia concluída em 29/07/1985 na Faculdade de Economia do Porto com a classificação final de 15 valores.

| Prémio Doutor José António Sarmento pela melhor classificação na disciplina Teoria Geral da Contabilidade.

Outras Habilitações

Revisor Oficial de Contas inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas com o nº 757 em 18 de Março de 1991.

Experiência Profissional

| De 1 de Setembro de 1985 a 30 de Setembro de 2005 desempenhei funções docentes no ISAG - Instituto Superior de Administração e Gestão, tendo a categoria de professor adjunto desde 1993. Responsável pela cadeira de Contabilidade Geral.

| De 1 de Outubro de 1985 a 30 de Setembro de 1986 desempenhei funções docentes na Universidade Livre.

| De 1 de Janeiro de 1986 a 30 de Setembro de 1986 desempenhei funções de técnico superior na Direcção de Estudos do Banco Português do Atlântico.

| De 1 de Outubro de 1986 a 30 de Junho de 1988 desempenhei funções de técnico superior nas Direcções Operacionais do Porto e do Norte do Banco Nacional Ultramarino.

| De 1 de Outubro de 1986 a 30 de Setembro de 2000 desempenhei funções docentes na Universidade Portuguesa Infante D. Henrique, tendo a categoria de professor auxiliar convidado desde 1995. Regente da cadeira de Cálculo Financeiro.

| Desde Março de 1991 sou Revisor Oficial de Contas de instituições financeiras, de empresas industriais, comerciais e de serviços e de entidades do sector não lucrativo.

| Partner da Grant Thornton & Associados, SROC, Lda..

Outras Funções Desempenhadas

| Membro da Direcção Nacional da ANJE – Associação Nacional de Jovens Empresários 1990 – 1995

Membro do Conselho Fiscal da ANJE – Associação Nacional de Jovens Empresários 1996 – 2002

| Membro do Conselho Fiscal da Gescartão, S.G.P.S., S.A. 2007 – 2008

| Membro do Conselho Fiscal da APCL Financeira – S.G.P.S., S.A. 2009-2010

| Membro do Conselho Fiscal da VIC (S.G.P.S.), S.A. 2009 - 2011

| Membro do Conselho Fiscal da Sogrape Investimentos, S.G.P.S., S.A. 2007 – 2015

| Membro da Comissão de Auditoria da Liga Portuguesa de Futebol Profissional 2007 - ...

| Membro do Conselho Fiscal da Fundação da Juventude 2014 - ...

| Membro da Direcção da Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Economia do Porto 2017 - ...

Revisor Oficial de Contas SINOPSE CURRICULAR

André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça

André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça, 41 anos, é licenciado em Economia, está inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas e na Ordem dos Contabilistas Certificados. Em 2000 iniciou a sua experiência profissional na KPMG & Associados, SROC, S.A., onde permaneceu até maio de 2009, quando aceitou o convite de Santos Carvalho & Associados, SROC, S.A. (NEXIA Portugal) para assumir o papel de Partner no seu departamento de auditoria.

Em 2015, assumiu o cargo de Administrador Único da Nexia Portugal e atualmente coordena uma equipa de 26 profissionais e quatro sócios (todos com background das big-four).

Em representação da Nexia Portugal, é atualmente responsável em diferentes trabalhos junto de um número significativo de entidades dos setores privado, público e financeiro.

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

Não se aplica por não existir auditor externo.

5. Outras funções dos órgãos de fiscalização e, se aplicável, da Comissão para as Matérias Financeiras.

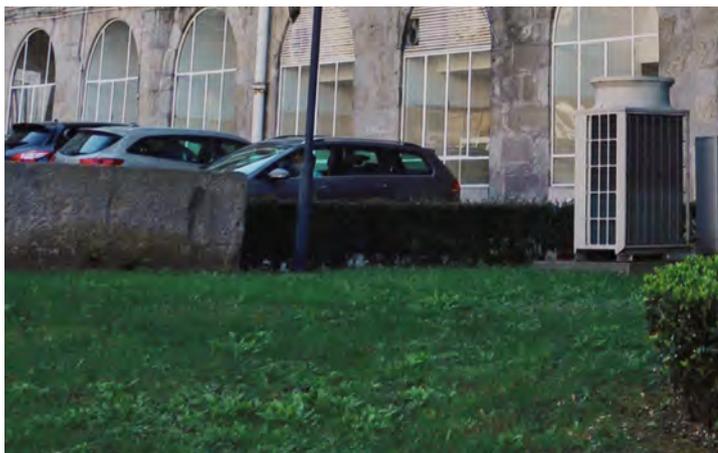
O órgão de fiscalização não desempenhou outras funções. Não existe Comissão para as Matérias Financeiras.

6. 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 artigo 414.º do CSC.

Consideram-se independentes, para efeitos do art.º 414º nº 5 do Código das Sociedades Comerciais, todos os membros do Conselho Fiscal, na sua atual composição.

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

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



Nº Reuniões	Local de Realização	Intervenientes na reunião	Ausências dos membros do Órgão de Fiscalização
6 de 21.01.2019	Centro Hospital Universitário do Porto	Presidente, Vogais, Revisor Oficial de Contas, Responsável da Auditoria Interna.	n/aplicável
7 de 25.02.2019	Centro Hospital Universitário do Porto	Presidente, Vogais, Vogal do Conselho de Administração (área financeira), Revisor Oficial de Contas	n/aplicável
8 de 11.03.2019	Centro Hospital Universitário do Porto	Presidente e Vogais	n/aplicável
9 de 16.04.2019	Centro Hospital Universitário do Porto	Presidente, Vogais, Revisor Oficial de Contas	n/aplicável
10 de 27.05.2019	Centro Hospital Universitário do Porto	Presidente, Vogais, Vogal do Conselho de Administração (área financeira), Revisor Oficial de Contas	n/aplicável
11 de 28.06.2019	Centro Hospital Universitário do Porto	Presidente e Vogais	n/aplicável
12 de 08.07.2019	Centro Hospital Universitário do Porto	Presidente e Vogais	n/aplicável
13 de 25.09.2019	Centro Hospital Universitário do Porto	Presidente, Vogais, Revisor Oficial de Contas	n/aplicável
14 de 14.10.2019	Centro Hospital Universitário do Porto	Presidente e Vogais	n/aplicável
15 de 10.10.2019	Centro Hospital Universitário do Porto	Presidente, Vogais, Vogal do Conselho de Administração (área financeira)	n/aplicável
16 de 04.11.2019	Centro Hospital Universitário do Porto	Presidente, Vogais, Presidente do Conselho de Administração, Vogal do Conselho de Administração (área financeira)	n/aplicável
17 de 18.11.2019	Centro Hospital Universitário do Porto	Presidente, Vogais, Vogal do Conselho de Administração (área financeira), Diretora do Serviço de Informação de Gestão	n/aplicável
18 de 27.12.2019	Video-conferência	Presidente e Vogais	n/aplicável

b) Cargos exercidos em simultâneo em outras empresas, dentro e fora do grupo, e outras atividades relevantes exercidas pelos membros daqueles órgãos no decurso do exercício; Não prestou nem presta quaisquer outros serviços ao CHUP, EPE.

Durante o exercício, os membros do órgão de fiscalização desempenharam as funções referidas no ponto 3 acima, no âmbito das suas atividades profissionais.

E. 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 empresa e/ou

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

Mandato 2018-2020:

Identificação do ROC para o mandato de 2018 a 2020

Santos Carvalho & Associados, SROC, SA, registada como SROC nº71 junto da OROC e na CMVM com o nº 20161406, com sede na Avenida da Boavista, 2881 – 2º - escritórios 14 e 15, 4100-136 Porto, representada pelo Revisor Oficial de Contas nº 1530, André Miguel Andrade e Silva e Junqueira Mendonça.

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

Nos termos do artigo 54.º da Lei n.º 140/2015, de 7 de setembro:

“2 - Nas entidades de interesse público, o período máximo de exercício de funções de revisão legal das contas pelo sócio responsável pela orientação ou execução direta da revisão legal das contas é de sete anos, a contar da sua primeira designação, podendo vir a ser novamente designado depois de decorrido um período mínimo de três anos.

3 - Nas entidades de interesse público, o período mínimo inicial do exercício de funções de revisão legal das contas pelo revisor oficial de contas ou pela sociedade de revisores oficiais de contas é de dois anos e o período máximo é de dois ou três mandatos, consoante sejam, respetivamente, de quatro ou três anos.

4 - O período máximo de exercício de funções do revisor oficial de contas ou das sociedades de revisores oficiais de contas na mesma entidade de interesse público pode ser excepcionalmente prorrogado até um máximo de 10 anos, desde que tal prorrogação seja aprovada pelo órgão competente, sob proposta fundamentada do órgão de fiscalização. “

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

Mandato (Início-Fim)	Cargo	Identificação SROC/ROC			Designação			Nº de anos de funções exercidas no grupo	Nº de anos de funções exercidas na entidade
		Nome	Nº de inscrição na OROC	Nº Registo na CMVM	Forma (1)	Data	Contratada		
2018-2020	ROC	Santos Carvalho & Associados, SROC, SA representada pelo Revisor Oficial de Contas nº 1530, André Miguel Andrade e Silva e Junqueira Mendonça	71	20161406	Despacho	13-12-2018	-	n.a	0

Nome ROC/FU	Valor Anual do Contrato de Prestação de Serviços - 2019 (€)			Valor Anual de Serviços Adicionais - 2019 (€)			
	Valor (1)	Reduções (2)	Valor Final (3) = (1)-(2)	Identificação do Serviço	Valor (1)	Reduções (2)	Valor Final (3) = (1)-(2)
SANTOS CARVALHO & ASSOCIADOS, SROC, S.A.	26 700,00 €	0	26 700,00 €	Outras despesas *	2 014,60 €	-	2 014,60 €

*Outras despesas

Taxa CMCM	0%	1.200,00 €
Alimentação 13%	13%	683,73 €
Alimentação 23% e deslocações 23%	23%	130,86 €

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

Não há outros serviços prestados à Entidade.

F. Conselho Consultivo (caso aplicável)

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

O Despacho n.º 12493/2014 nomeou o Presidente do Conselho Consultivo do Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., atualmente Centro Hospitalar Universitário do Porto, 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; um representante da ARS Norte; um representante dos Utentes; um representante eleito pelos Trabalhadores; um representante do Voluntariado a Liga dos Amigos do CHUP e dois Profissionais

de saúde escolhidos pelo CA.

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

Em 2017 Conselho Consultivo reuniu em 3 de junho, de acordo com o número 1 do artigo 23º dos Estatutos do CHUP tendo sido elaborada a ata nº3/2017 da reunião.

Em 2018 o Conselho Consultivo reuniu no dia 21 de junho de acordo com o número 1 do artigo 23º dos Estatutos do CHUP tendo sido elaborada a ata nº1/2018 da reunião.

Em 2019 o Conselho Consultivo reuniu no dia 10 de julho de acordo com o número 1 do artigo 23º dos Estatutos do CHUP tendo sido elaborada a ata nº 1/2019 da reunião.

Na sequência do comentário do Relatório de Análise nº294/2019 da UTAM apresenta-se a lista nominativa dos membros do Conselho Consultivo a data da primeira designação, a forma e a data a partir da qual produziu efeitos.

À data, o CHUP não tem conhecimento de ter havido alteração de mandato do Presidente e dos seus membros, subentendendo-se que o seu exercício se mantém até nova nomeação da competência do Ministério da Saúde.

Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Data
2014	Presidente	Professor Engº Luís Valente Oliveira	2014
2015	Representante da ARS Norte	Dr. Ponciano Oliveira	2015
2015	Representante do Município do Porto	Dr. Fernando Paulo	2015
2015	Representante dos Utentes	Enf.º Carlos Figueiras	2015
2015	Representante eleito pelos Trabalhadores	Enf.º António Manuel Silva	2015
2015	Representante do voluntariado	Dr Manuel Campos	2015
2015	Profissional de saúde	Dr. António Leuschner	2015
2015	Profissional de saúde	Dr. Rui Medon	2015

G. Auditor Externo (caso aplicável)

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 empresa e/ou do grupo, bem assim como a remuneração relativa ao ano em referência.

Não há auditor externo pelo que esta informação não se aplica.

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 há auditor externo pelo que esta informação não se aplica.

3. Identificação de trabalhos, distintos dos de auditoria, realizados pelo auditor externo para a empresa e/ou para empresas 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 há auditor externo pelo que esta informação não se aplica.

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

Não há auditor externo pelo que esta informação não se aplica.

VI.

Organização Interna

A. Estatutos e Comunicações

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

Os Estatutos do CHUP encontram-se no ANEXO II do Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro.

O CHUP é uma EPE (Entidade Pública Empresarial), integrada no Setor Público Empresarial regendo-se pelo Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro. Nesta conformidade as alterações aos estatutos são feitas ao abrigo do disposto no Decreto-Lei nº133/2013, de 3 de outubro, alterado pela Lei nº75-A/2014, de 30 de setembro, e nos termos da alínea a) do nº1 do artigo 198º da Constituição, como referido no preâmbulo do Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro.

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

O Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP) orienta a sua atividade por valores de responsabilidade, integridade, transparência e ética. De forma complementar a estes princípios institucionais, o CHUP 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 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 nº18/2017 de 10 de fevereiro, nomeadamente no artigo 20º, nº1 e nº4 e no artigo 19º, 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 e que se encontra implementado à data de elaboração do presente relatório.

<https://www.chporto.pt/ver.php?cod=000F>

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

O CHUP tem um Plano de Prevenção de Risco de Gestão incluindo de Corrupção e Infrações Conexas que incorpora as sucessivas recomendações do CPC, tendo como referencial a metodologia do CPC, do TC e as normas de Gestão de Risco reconhecidas internacionalmente, nomeadamente a Norma NP ISO 31000:2018 – Gestão do risco, Linhas de orientação: a Norma de Gestão de Riscos da Federation of European Risk Management Associations (FERMA) e o Enterprise Risk Management – integrated framework do COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission).

O plano de prevenção de risco de gestão incluindo de corrup-

ção e infrações conexas é o instrumento de aplicação da política antifraude e corrupção uma vez que se procuram identificar potenciais riscos desta natureza, causas desses riscos e se desenham possíveis controlos à sua mitigação.

https://www.chporto.pt/pdf/princ_bom_gov/PGRCIC_08_02_2019.pdf

B. Controlo interno e gestão de riscos

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

O CHUP dispõe de um Sistema de Controlo Interno, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção.

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

a) 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;

b) 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;

c) 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 CHUP 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 CHUP. 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.

No que respeita a gestão de riscos clínicos e não clínicos do âmbito da atividade do Departamento da Qualidade, o CHUP 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:

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

2. Identificação de pessoas, órgãos ou comissões responsáveis pela auditoria interna e/ou pela implementação do sistema de gestão e controlo de risco que permita antecipar e minimizar os riscos inerentes à atividade desenvolvida.

O Conselho de Administração é o órgão máximo com responsabilidades no sistema de controlo interno e de gestão do risco, incluindo de corrupção e infrações conexas e o sistema de comunicação interna de irregularidades, competindo-lhe assegurar a sua implementação e manutenção.

Compete aos Diretores e Administradores dos Departamentos e Serviços a responsabilidade pela organização, aplicação e acompanhamento do sistema de controlo interno incluindo do plano de prevenção de riscos de gestão, incluindo de corrupção e infrações conexas na parte respetiva às suas áreas de atuação.

Cabe aos Serviços identificar, recolher e comunicar qualquer ocorrência de risco e respetiva avaliação de gravidade e medidas de controlo associadas, responsabilizando-se pela eficácia das medidas de controlo do risco na área de responsabilidade respetiva.

Ao Serviço de Auditoria Interna compete apoiar os serviços na conceção da gestão de riscos como instrumento de apoio ao processo de gestão, monitorizar e avaliar o sistema de controlo interno e de gestão de risco através nomeadamente da avaliação do Plano de Prevenção do risco de Gestão incluindo de corrupção e Infrações Conexas, elaborando Relatório Anual de avaliação e execução.

Ao Serviço de Auditoria Interna - artigo 19º do Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro - 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 até ao momento é constituído unicamente pela Auditoria Interna, contudo está previsto no Plano de Atividades e Orçamento de 2020 do CHUP a atribuição de um(a) técnico(a) de auditoria. Muito embora a importância deste recrutamento a breve prazo e que se tem vindo a solicitar, as atuais necessidades do serviço de auditoria interna passam já pela dotação de pelo menos dois técnicos(as) de auditoria, como aliás prevê o nº3 do artigo 19º do Decreto-lei nº18/2017 de 10 de fevereiro e a recomendação da Instrução nº 4 de 2016 do GCCI - Dotação de recursos humanos para o controlo interno.

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

A política de risco do CHUP tem por base a identificação e descrição dos tipos de risco identificados no capítulo VI. B.6, nomeadamente: riscos clínicos, riscos gerais, riscos de gestão, riscos de informação, riscos de reputação e imagem, riscos de compliance ou conformidade e riscos financeiros.

Considerando estas categorias de risco, a identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação dos riscos estrutura-se em três grandes processos:

1. Risco Clínico,
2. Risco Geral e de Segurança e Higiene do Trabalho e
3. Risco de Gestão incluindo de Corrupção e infrações Conexas, informação, reputação e compliance.

O risco é a combinação do grau de probabilidade com a gravidade da consequência, através da qual é determinada a graduação do risco. Cada risco é avaliado e estimado na matriz de risco estabelecida para a sua graduação e classificado como elevado, moderado ou fraco, de acordo com o processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação de riscos.

Os diversos serviços são os responsáveis pela identificação dos eventos de risco, avaliação quanto à probabilidade de ocorrência e gravidade da consequência e responsáveis pela implementação dos controlos necessários à redução ou eliminação dos riscos nas suas áreas de atuação.

A política de risco tem por base a avaliação do risco, realizada de acordo com as normas internacionalmente aceites sobre gestão de risco. São identificadas causas que podem dar origem ao risco, o tipo de resposta, (aceitar, reduzir, transferir ou eliminar) e definidos controlos à sua mitigação.

O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão incluindo de corrupção e Infrações Conexas (PRGCIC) é o documento de sistematização da prevenção do risco de gestão. Este documento é constituído pelo conjunto das matrizes de risco por processo e atividade, onde os serviços identificam e avaliam os riscos, quanto à probabilidade de ocorrência e impacto da consequência e enumeram as medidas de controlo à minimização dos riscos de gestão, incluindo de corrupção e infrações conexas.

A avaliação o risco deve permitir que o risco seja priorizado

com base na probabilidade e impacto nos resultados, sendo que à data não estão identificadas situações de aceitação de risco.

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

O Serviço de Auditoria Interna do CHUP depende, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração, nos termos dos Estatutos, n.º14 do artigo 19.º do Decreto-lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro.

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

O CHUP tem áreas funcionais específicas com competências no controlo do risco clínico, dos riscos gerais e riscos de informação, nomeadamente:

- a) 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) tem 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.
- b) Gabinete de Higiene e Segurança (GHS) – Ao GHS compete a definição de uma política integrada da gestão do risco geral (não clínico), bem como a promoção da Segurança e Higiene do Trabalho na Instituição, tendo em vista a melhoria contínua das condições existentes e a gestão dos riscos profissionais que ponham em causa a segurança e a saúde dos trabalhadores.
- c) 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.
- d) Encarregado(a) da Proteção de Dados - A Proteção de Dados Pessoais é um valor subjacente à atividade do Centro Hospitalar Universitário do Porto, quer cumprindo a legislação em vigor (Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto -Lei Nacional de Execução do RGPD; Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro – Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde ; Lei n.º 26/2016 de 22 de agosto - Acesso aos Documentos Administrativos e Informação Administrativa; ...) bem como adotando as medidas organizativas e técnicas necessárias, nomeadamente no âmbito da segurança da informação.

De acordo com essa visão e na sequência da aprovação do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), cujo cumprimento é obrigatório para os Estados Membros da UE desde de 25 de maio de 2018, o CHUP nomeou a Encarregada de Proteção de Dados (EPD) e um Grupo de Trabalho.

O Grupo de Trabalho coordenado pela EPD, elaborou uma proposta de implementação do RGPD no CHUP, que foi aprovada pelo Conselho de Administração em 7 de dezembro de 2017.

O Projeto de Implementação engloba colaboradores do CHUP das diversas áreas de atividade integrados em 3 núcleos de competências (processual, jurídica e tecnológica) bem como 2 equipas externas de apoio – técnico e jurídico e decorreu du-

rante o ano de 2018. Este projeto consubstancia um contributo para a estratégia de Gestão da Informação, bem como para os mecanismos de Governação de Dados e respetiva arquitetura tecnológica para a sua implementação.

O Centro Hospitalar Universitário do Porto, durante o ano de 2019, deu seguimento ao projeto iniciado em 2018 tendo em vista a conformidade com as regras do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) e com a Lei Nacional de Execução do RGPD, entretanto publicada.

Entre as ações desenvolvidas pela equipa responsável pelo projeto e pela Encarregada da Proteção de Dados destacam-se a elaboração de documentação de informação aos utentes/doentes ,de suporte à subcontratação, de suporte à gestão administrativa da prestação de cuidados de saúde, bem como no apoio à realização de avaliações de impacto da proteção de dados e de apoio em processos de melhoramento do sistema de gestão de informação clínica de acordo com o princípio “data protection by design and by default.”

Importa referir que a formação e a sensibilização na área da proteção de dados e segurança da informação continuaram a ser uma pedra basilar de todo o processo, tendo sido realizadas diversas iniciativas de âmbito multiprofissional, abrangendo cerca de 400 colaboradores.

Perspetiva-se a consolidação do projeto de conformidade com o RGPD durante o ano de 2020 permitindo a conclusão da sua 3ª fase - Transformação.

e) Responsável pelo Acesso à Informação - Afim de dar cumprimento ao estatuído na Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, nos termos do seu art.º 9.º, o Conselho de Administração do CHUP, designou um responsável pelo acesso à informação (RAI), a quem compete garantir que o acesso a dados é sempre feito dentro da legalidade, cumprindo as disposições da supracitada Lei. O acesso a informação e a documentos nominativos, nomeadamente quando incluam dados de saúde, rege -se pela presente lei:

- | quer quando efetuado pelo titular dos dados;
- | por terceiro se estiver munido de autorização escrita do titular dos dados que seja explícita e específica quanto à sua finalidade e quanto ao tipo de dados a que quer aceder;
- | ou por terceiro se demonstrar fundamentadamente ser titular de um interesse direto, pessoal, legítimo e constitucionalmente protegido suficientemente relevante, após ponderação (vide n.º 3 do art.º 1.º e n.º 5.º do art.º 6.º).

De igual modo compete ao RAI acompanhar a tramitação dos pedidos de acesso e reutilização de dados clínicos para fins educativos ou de investigação e desenvolvimento.

Sendo que, não podem ser objeto de reutilização, documentos nominativos, salvo autorização do titular, disposição legal que a preveja expressamente ou quando os dados pessoais possam ser anonimizados sem possibilidade de reversão, devendo nesse caso aplicar -se, no âmbito da autorização concedida e nos termos do n.º 1 do artigo 23.º, a previsão de medidas especiais de segurança destinadas a proteger os dados sensíveis.

O legislador, quando invoca a autorização dos titulares dos registos clínicos, ou a anonimização dos mesmos, pretende assegurar a privacidade, a confidencialidade, direito à intimidade da vida privada do titular dos registos clínicos e o sigilo institucional, sem prejudicar o objetivo da realização de um espaço europeu de investigação e de uma sociedade do conhecimento.

O acesso e a reutilização da informação administrativa são assegurados de acordo com os demais princípios da atividade administrativa, designadamente os princípios da igualdade, da proporcionalidade, da justiça, da imparcialidade e da colaboração com os particulares.

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

Os riscos no CHUP entendem-se do seguinte modo:

- a) Riscos clínicos que decorrem da atividade clínica, suscetíveis de afetar negativamente a saúde e a qualidade de vida do doente, sob a gestão do Gabinete de Governação Clínica.
- b) Riscos gerais que afetam todas as atividades do hospital são os riscos 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. Sob a ação e responsabilidade Gabinete de Higiene e Segurança.
- c) Riscos de gestão resultantes da inadequação ou deficiências administrativas, contabilísticas e de gestão nos processos da 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.
- d) Riscos da informação, os que são resultado de erros ou falhas na segurança da informação (acessos não autorizados ou inadequados) de deficiente gestão, preservação da informação e garantia de confidencialidade em particular da informação clínica e de dados pessoais; erros ou falhas na informação administrativa, contabilística e de gestão.
- e) Riscos de reputação e imagem, resultantes de uma perceção negativa da imagem pública da instituição, fundamentada ou não, por parte do acionista (Tutela), clientes, fornecedores, colaboradores, órgãos da imprensa, opinião pública e outros stakeholders.
- f) Riscos de compliance ou conformidade, resultantes de violações ou desconformidades relativamente às leis, regulamentos, contratos, códigos de conduta, práticas instituídas ou princípios éticos.
- g) Riscos financeiros resultantes de desequilíbrio económico-financeiro persistente.

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

Considerando as categorias de risco identificadas e referidas no ponto anterior, o processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação de riscos estrutura-se resumidamente da seguinte forma:

| Risco Clínico

As atividades de gestão do risco clínico encontram-se disseminadas por toda a organização, uma vez que todos os profissionais são entendidos como parceiros e colaboradores nas atividades de identificação de riscos e no planeamento e implementação de mecanismos que permitam mitigá-los.

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 prevenção, minimização e controlo.

Está formalmente nomeado um Gestor de Risco Clínico integra-

do 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 Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA). Existe no CHUP 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 que concerne às atividades do InQS mais diretamente relacionadas com a gestão do risco clínico dizem respeito à participação na realização de auditorias de Risco Clínico no seu Serviço e à colaboração na identificação de áreas a melhorar. Trimestralmente, o DQ reúne com todos os InQS da instituição para divulgação da análise dos resultados das auditorias em curso, identificação de novas áreas a tratar e difusão de informações relacionadas relevantes.

| Prevenção do Risco Clínico:

A intervenção na prevenção do risco clínico é inerente à 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, no âmbito do DQ, 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 CHUP. 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 requisitos externos, de organismos superiores nesta matéria - a Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e a DGS - e a exigências internas que resultam da identificação, caracterização e priorização de áreas específicas de intervenção.

Na identificação das áreas críticas para a Gestão de Risco Clínico, realçamos o papel da notificação espontânea, anónima e confidencial, de eventos pelo sistema de notificação de eventos adversos, disponível no CHUP 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. Este sistema tem no CHUP um histórico significativo. Amplamente divulgado, com uma frequência de notificação que denota a confiança dos utilizadores, possibilita, de forma diária ao nível da Instituição, identificar a pirâmide de eventos, os pontos críticos do sistema, os fatores contributivos e as consequentes ações corretivas a implementar.

As auditorias clínicas desempenham um papel fundamental em todas as fases da gestão do risco clínico. Desta assunção resulta o desenvolvimento de um plano de auditorias que procura responder à priorização das áreas identificadas, incluindo naturalmente as áreas mais críticas. A avaliação e o controlo da implementação dos procedimentos e protocolos existentes na Instituição baseiam-se num sistema de auditorias transversais e de serviço, coordenadas pelo Gabinete de Governação Clínica, tudo contribuindo para o objetivo fundamental de minimizar os

riscos para utentes e profissionais, proporcionando cuidados seguros e de excelência.

| Risco Geral

O Gabinete de Higiene e Segurança (GHS) – Ao GHS compete a definição de uma política integrada da gestão do risco geral (não clínico), bem como a promoção da Segurança e Higiene do Trabalho na Instituição, tendo em vista a melhoria contínua das condições de trabalho existentes e a gestão dos riscos profissionais que ponham em causa a segurança e a saúde dos trabalhadores.

Dando sequência ao trabalho que o Gabinete de Higiene e Segurança (GHS) tem vindo a desenvolver no Centro Hospitalar Universitário do Porto E.P.E., em matéria de Risco Geral e de Segurança e Higiene do Trabalho, foram realizadas visitas aos Serviços existentes no Centro Materno Infantil do Norte e nas instalações do Departamento de Pedopsiquiatria, localizadas no Hospital Magalhães Lemos. Estas visitas enquadram-se no âmbito das visitas periódicas aos locais de trabalho, tendo como intuito a identificação dos fatores de risco a que os profissionais e/ou utentes possam estar expostos e, face às situações detetadas, foram propostas medidas de controlo adequadas, tendo em vista a promoção da melhoria contínua das condições existentes.

Integrado igualmente no processo de melhoria contínua, o Gabinete de Higiene e Segurança (GHS) manteve as atividades de investigação dos fatores contributivos que estiveram na origem das notificações rececionadas e classificadas como situações do âmbito do Risco Geral ou da Segurança e Higiene do Trabalho. Foram igualmente mantidas atividades de investigação para análise das causas que estiveram na origem da ocorrência de acidentes de trabalho. Em ambos os casos procedeu-se à implementação de ações de melhoria, sempre que estas foram consideradas necessárias e/ou relevantes.

Mantiveram-se as rotinas periódicas de análise da qualidade da água para consumo, assim como das águas residuais, de modo a detetar eventuais anomalias que possam comprometer o ambiente e a segurança dos ocupantes dos edifícios.

De igual modo, foram mantidas as avaliações da qualidade do ar interior nos edifícios, em particular nas salas/espacos de maior risco, para a deteção precoce de poluentes que possam existir no ar interior, assim como carências na renovação do ar novo nessas salas/espacos, que possam comprometer a segurança dos ocupantes do edifício.

Os edifícios integrados na Unidade Hospital de Santo António, do Polo Ex-CICAP e do Centro Materno Infantil do Norte foram sujeitos a inspeção regular pela Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (ANEPC), de caráter obrigatório, com o intuito de verificar as condições e os meios instalados de segurança contra incêndio nos edifícios, assim como verificar o estado de implementação das medidas de autoproteção.

Por fim, e de forma a testar os procedimentos de atuação em caso de emergência que se encontram instituídos, no mês de novembro foram realizados simulacros de incêndio e de evacuação nas instalações da Unidade Hospital de Santo António, do Polo Ex-CICAP e do Centro Materno Infantil do Norte, tendo estes sido realizados em articulação com as entidades de socorro externas.

| Riscos de Gestão incluindo de Corrupção e Infrações Conexas, Informação, Reputação e Compliance

O processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação de riscos implica uma atuação disciplinada em várias fases:

a) Identificação e definição do risco – Nesta fase deve proceder-se ao reconhecimento e à classificação de factos cuja probabilidade de ocorrência e respetiva gravidade de consequências configurem riscos de gestão incluindo riscos de corrupção e de infrações conexas.

b) Análise do risco – para classificar o risco segundo critérios de probabilidade e de gravidade na ocorrência, estabelecem-se conjuntos de critérios, medidas e ações, distribuindo-se por tipos consoante as consequências sejam estratégicas ou operacionais;

O nível de risco é a combinação do grau de probabilidade com a gravidade da consequência da respetiva ocorrência, através da qual se determina a graduação do risco.

c) Avaliação e Graduação do risco - A cada risco identificado é atribuída uma graduação a partir da avaliação da probabilidade e da gravidade da consequência, divididos por tipos consoante as consequências sejam estratégicas ou operacionais.

Cada risco é avaliado e estimado na matriz de risco estabelecida para a sua graduação e classificado como elevado, moderado ou fraco.

O processo de identificação, descrição, estimativa, tratamento e prevenção do risco de gestão incluindo de corrupção e infrações conexas, realizado no CHUP, incorpora as recomendações do CPC e tem como referencial a metodologia do Tribunal de Contas e as normas internacionalmente aceites sobre a Gestão de Risco, nomeadamente: a Norma NP ISO 31000:2018 – Gestão do risco, Linhas de orientação; a Norma de Gestão de Riscos da Federation of European Risk Management Associations (FERMA) e o Enterprise Risk Management – integrated framework do Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO).

O Conselho de Administração é o órgão máximo com responsabilidades no sistema de controlo interno e de gestão do risco, incluindo de corrupção e infrações conexas, competindo-lhe assegurar a sua implementação e manutenção.

Os Diretores e Administradores dos Departamentos e Serviços são os responsáveis pela organização, aplicação e acompanhamento do Plano de Prevenção do Risco de Gestão incluindo de Corrupção e Infrações Conexas na parte respetiva às suas áreas de responsabilidade. Identificam, recolhem e comunicam qualquer ocorrência de risco e respetiva avaliação de gravidade e medidas de controlo associadas. Responsabilizam-se pela eficácia das medidas de controlo do risco na área de atuação respetiva.

O Serviço de Auditoria Interna apoia os serviços na gestão de riscos como instrumento de apoio ao processo de gestão, monitoriza o PPRGCIC e elabora o Relatório Anual de Execução.

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

Relativamente ao processo de informação financeira o sistema de controlo interno do CHUP 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 CHUP tem instituído submeter aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, os seguintes elementos:

- Os planos de atividades e os orçamentos;
- Os documentos de prestação de contas;
- Os indicadores de atividade, económico-financeiros,

de recursos humanos e outros definidos pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

| Plano de Prevenção de Riscos de Gestão incluindo de Corrupção e Infrações Conexas.

C. Regulamentos e Códigos

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

O CHUP, 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 n.º 326/2007 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 n.º 30/2011 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 n.º 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 CHUP, é enquadrada pela seguinte legislação:

- Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro, anexo II, **Estatutos**
- Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, **Regime jurídico do setor público empresarial**, alterado pela Lei n.º 75 -A/2014, de 30 de setembro, com as últimas alterações da Lei n.º 42/2016, 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 95/2019, de 04 de setembro que aprova a **Lei de Bases da Saúde** e revogou anterior Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.
- Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro que aprovou o **Regime jurídico da gestão hospitalar** com as alterações do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.
- Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro na versão atualizada pela Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro - **Estatuto do Serviço Nacional de Saúde**.

Em matéria de aquisições de bens e serviços, o CHUP EPE rege-se pelo **Código dos Contratos Públicos**, aprovado pelo Decreto-Lei 18/2008, com as sucessivas atualizações até à data.

O decreto-lei estabelece a disciplina aplicável à contratação pública e o regime substantivo dos contratos públicos que revistam a natureza de contrato administrativo.

Trata-se do primeiro diploma com um tal duplo objeto no ordenamento jurídico português, assumindo-se, por isso, como um importante marco histórico na evolução do direito administrativo nacional e, em especial, no domínio da atividade contratual da Administração. Para além do objetivo de alinhamento com as mais recentes diretivas comunitárias, a cuja transposição é feita no diploma, o CCP procede ainda a uma nova sistematização e a uma uniformização de regimes substantivos dos contratos administrativos atomizados até agora.

Desde 2012, o CHUP 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, sem mais alterações até à data.

Na sequência da aprovação da LCPA, veio o Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de junho disciplinar os **Procedimentos 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, sem mais alterações até à data.

No âmbito de regulamentação interna, o **Regulamento Interno** do CHUP homologado em 05/07/2013 pelo Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Norte, IP, está disponível no sítio da internet em <https://www.chporto.pt/ver.php?cod=000B> Este deverá ter em consideração na sua próxima versão, a alteração aos Estatutos pelo Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro e a atribuição do estatuto de Centro Académico Clínico em 2018 pelo decreto-lei n.º 61/2018 de 3 de agosto.

Existem diversos Procedimentos e Instruções de trabalho, bem como outra documentação de suporte ao funcionamento dos Serviços/Departamentos, disponíveis no **Manual de Políticas e Procedimentos (MPP)** no Portal Interno.

Com o objetivo de estabelecer e divulgar de forma sistemática, simples e coerente o Sistema de Controlo Interno, o CHUP 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 de um código de ética, com a data da última atualização, que contemple exigentes com-

portamentos éticos e deontológicos. Indicação onde este se encontra disponível para consulta, assim como indicação da forma como é efetuada a sua divulgação junto dos seus colaboradores, clientes e fornecedores. Menção relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor sobre medidas vigentes tendo em vista garantir um tratamento equitativo junto dos seus clientes e fornecedores e demais titulares de interesses legítimos, designadamente colaboradores da empresa, ou outros credores que não fornecedores ou, de um modo geral, qualquer empresa que estabeleça alguma relação jurídica com a empresa (vide artigo 47.º do RJSPE).

O Código de Ética do CHUP pode ser consultado em <https://www.chporto.pt/ver.php?cod=000C>

O Código de Ética está disponível no site institucional e divulgado no portal interno acessível a todos os colaboradores (artigo 47º do Decreto-Lei nº133/2013).

O Código de ética tem por base o Despacho nº 9456-C/2014 – Enquadramento de Princípios Orientadores do Código de ética dos serviços e organismos do Ministério da Saúde, foi aprovada pelo CA em 27 de setembro de 2017 e encontra-se atual.

O Código de ética é aplicável a todos os profissionais.

Tal como é transmitido no Código de Ética, os colaboradores comprometem-se a respeitar as leis e os regulamentos aplicáveis à sua atividade em vigor na Instituição; a promover entre si o espírito de equipa, lealdade, solidariedade e colaboração, com vista ao adequado desempenho da sua missão, atribuições ou tarefas; a pautar as suas relações por critérios de transparência, abertura e respeito no trato social; a reger o seu relacionamento com terceiros por um espírito de estreita cooperação, designadamente através da prestação de informações, sem prejuízo dos deveres de reserva profissional.

No atendimento ao público deve ser salvaguardada: uma atuação de modo consciencioso, correto, cortês e acessível, garantindo o exercício dos direitos dos cidadãos e o cumprimento dos seus deveres; a resposta completa e exata às questões colocadas pelos cidadãos e o seu encaminhamento, sempre que o assunto em apreço seja da responsabilidade ou competência de outra entidade; a prestação de informações e de esclarecimentos, de modo a assegurar que o cidadão está consciente dos seus direitos e deveres, tendo sempre presente as suas circunstâncias individuais, designadamente a capacidade para compreender a informação que lhe é prestada e os esclarecimentos para consentir ou aceitar qualquer proposta de intervenção de saúde, quando aplicável; a informação prestada é compreendida quando o cidadão não domina a língua portuguesa e a informação aos cidadãos sobre os meios através dos quais podem exercer o seu direito de participação.

Em matéria de Respeito pelos Direitos Humanos e Laborais o CHUP através do Código de Ética, compromete-se a respeitar e a promover os Direitos Humanos e as práticas laborais condignas e os seus colaboradores comprometem-se a agir de acordo com os compromissos do CHUP no âmbito dos direitos humanos e laborais, a cumprir e fazer cumprir as normas de higiene e segurança no trabalho.

Também no Código de ética, em matéria de Igualdade de oportunidades, o CHUP garante a plena igualdade de oportunidades a todos os seus colaboradores combatendo de forma persistente todas as formas de discriminação: respeito pelo princípio da

não discriminação; respeito à reserva da intimidade da vida privada; respeito pela promoção da liberdade de oportunidades.

3. Referência à existência do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros), com a data da última atualização, assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação. Indicação relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor, relativas à prevenção da corrupção e sobre a elaboração do Relatório Identificativo das Ocorrências, ou Risco de Ocorrências (vide alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro). Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontra publicitado o respetivo Relatório Anual de Execução do PGRCIC (vide artigo 46.º do RJSPE).

O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão incluindo de Corrupção e infrações Conexas (PRGCIC) do CHUP é de 13 de fevereiro de 2019, tendo sido atualizado de acordo com a metodologia do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), do Tribunal de Contas e das melhores práticas de gestão de risco reconhecidas a nível mundial: ISO 31000 Gestão de Risco (NP do IPQ); COSO Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission e FERMA – Federation of European Risk Management Associations.

O Plano obedece às Recomendações do CPC (Lei nº 54/2008 de 4 de setembro) emitidas à data de atualização, nomeadamente as seguintes:

- a) recomendação nº1 de 1 de julho de 2009, nos termos da qual “os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza, devem elaborar planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas.
- b) recomendação de 1 de julho de 2015 que alargou o âmbito dos Planos de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas atribuindo às entidades públicas o dever de identificar de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas, bem como as correspondentes medidas preventivas.
- c) recomendação de 7 de janeiro de 2015 sobre prevenção de riscos de corrupção na contratação pública - O CPC atribui às entidades que celebram contratos públicos, a responsabilidade de reforçar a atuação na identificação, prevenção e gestão de riscos de corrupção e infrações conexas nos contratos públicos, de incentivar a existência de recursos humanos com formação adequada, de garantir a transparência nos procedimentos de contratação pública através de publicidade em plataformas eletrónicas, de assegurar o funcionamento dos mecanismos de controlo de eventuais conflitos de interesses na contratação pública e reduzir o recurso ao ajuste direto.
- d) recomendação de 7 de novembro de 2012, nos termos da qual os organismos públicos devem incluir nos seus Planos, mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflito de interesses.

Os diversos serviços/responsáveis foram interpelados a identificar e/ou a sistematizar os eventos de risco e controlos implementados e/ou a implementar considerados adequados e necessários para reduzir ou eliminar os riscos identificados nas suas áreas de atuação.

O Plano é o resultado de uma reflexão interna desenvolvida com os responsáveis dos serviços numa perspetiva de melhoria con-

tínua, responsabilização e envolvimento de todos os colaboradores na atividade e cultura organizacional.

O PPRGCIC é constituído pelo conjunto das matrizes de risco por processo e atividade, onde os serviços identificam e avaliam os riscos, quanto à probabilidade de ocorrência e impacto da consequência, e se enumeram medidas de controlo à minimização dos riscos de gestão, incluindo de corrupção e infrações conexas.

O relatório anual de execução do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão incluindo de Corrupção e Infrações Conexas nos termos da alínea e) do artigo 19.º do Anexo II do Decreto-lei n.º18/2017 de 10 de fevereiro foi aprovado em 27 de fevereiro de 2019,

O relatório anual de execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas nos termos do n.º13 do artigo 19.º do Anexo II do Decreto-lei n.º18/2017 de 10 de fevereiro e do artigo 46.º do RJSPE, depois de aprovado foi submetido pelo CA ao CPC e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

<https://www.chporto.pt/ver.php?cod=000G>

D. Deveres especiais de informação

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

Para cumprimento dos deveres de obrigação de divulgação de informação, previstas no artigo n.º44.º do Decreto-Lei n.º133/2013 de 3 de outubro, o CHUP 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 desvíos 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>

2. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de transparência a que a empresa se encontra su-

jeita, 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 (vide n.º 1 do artigo 45.º do RJSPE).

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 CHUP e o site do SNS.

O CHUP 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 CHUP, remete ainda toda a informação solicitada para a publicação no site do Setor Empresarial do Estado.

E. Sítio na Internet

1. Indicação do(s) endereço(s) utilizado(s)⁸ na divulgação dos seguintes elementos sobre a empresa (vide artigo 53.º do RJSPE):

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

a) Sede e, caso aplicável, 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.

<https://www.chporto.pt/ver.php?cod=000H>

F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral

1. Referência ao contrato celebrado com a empresa pública que tenha confiado à empresa a prestação de um serviço público ou de interesse geral, respeitante à remuneração dessa atividade (vide n.º 3 do artigo 48.º do RJSPE).

O processo de contratualização que se encontra implementado no Serviço Nacional de saúde (SNS) estabelece o relacionamento entre acionistas, financiadores/compradores e prestadores de cuidados de saúde, encontrando-se vertido num Contrato-Programa trienal, atualizado anualmente por um Acordo Modificativo a este Contrato-Programa, através do qual se ex-

⁸A informação deve incluir a indicação da "hiperligação" correspondente.

plicitam os resultados a alcançar em cada instituição do SNS.

Este processo de contratualização baseia-se na responsabilidade de todas as entidades envolvidas, nomeadamente: Tutela (Ministério da Saúde e Ministério das Finanças), Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), Administrações Regionais de Saúde (ARS) e Entidades Prestadoras de Cuidados (Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde).

Mais se refere que a contratualização da atividade e definição dos níveis de produção e respetiva remuneração entre outros parâmetros de atividade é feita nos termos referidos e não se enquadra no âmbito do n.º 3 do artigo 48.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 que se refere à concessão de subvenções públicas de acordo com o Decreto-Lei n.º 167/2008 que estabelece este regime jurídico.

2. Referência às propostas de contratualização da prestação de serviço público apresentadas ao titular da função acionista e ao membro do governo responsável pelo respetivo setor de atividade (vide n.ºs 1, 2 e 4 do artigo 48.º do RJSPE)⁹, das quais deverão constar os seguintes elementos: Associação de metas quantitativas a custos permanentemente auditáveis; Modelo de financiamento, prevendo penalizações em caso de incumprimento; Critérios de avaliação e revisão contratuais; Parâmetros destinados a garantir níveis adequados de satisfação dos utentes; Compatibilidade com o esforço financeiro do Estado, tal como resulta das afetações de verbas constantes do Orçamento do Estado em cada exercício; Metodologias adotadas tendo em vista a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado e do grau de satisfação dos clientes ou dos utentes. A empresa deve apresentar evidência¹⁰ do seguinte:

Em consonância com o referido no ponto anterior, este ponto não é aplicável.

a) que elaborou uma proposta de contratualização da prestação de serviço público;

Em consonância com o referido no ponto anterior, este ponto não é aplicável.

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

Em consonância com o referido no ponto anterior, este ponto não é aplicável.

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

Em consonância com o referido no ponto anterior, este ponto não é aplicável.

VII.

Remunerações

A. Competência para a Determinação

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

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 34/2017, de 2 de março que nomeou o Conselho de Administração do CHUP para o triénio 2017-19, determina que "...a remuneração dos membros do conselho de administração desta entidade pública empresarial 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 n.ºs 97/2012, de 21 de novembro, 45/2013, de 19 de julho, e 48/2013, de 29 de julho". Refere ainda que "Foi ouvida, nos termos do n.º 3 do artigo 13.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 alterado pelo Decreto-Lei n.º 39/2016, de 28 de julho, a Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública, que se pronunciou favoravelmente sobre as nomeações constantes da presente resolução."

No que respeita à remuneração do Conselho Fiscal e ROC foram fixadas por Despachos conjunto das Finanças e da Saúde em 31/08/2018 e 04/09/2018 para o Conselho fiscal e em 13/12/2018 para o ROC.

2. Identificação dos mecanismos¹¹ adotados para prevenir a existência de conflitos de interesses, atuais ou potenciais, entre os membros de órgãos ou comissões societárias e a empresa, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas (vide artigo 51.º do RJSPE).

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

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

Para além das declarações anteriores e de acordo com o Estatuto do Gestor Público no seu art.º22, nº8 e o nº1 do art.º 11º da Lei nº64/93, de 26 de agosto foram remetidas à Procurado-

⁹ Caso não tenha contrato celebrado ou, tendo, caso haja apresentado nova proposta.

¹⁰ A evidência solicitada poderá consistir em declaração, no próprio RGS, que foi cumprido o disposto no n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE.

ria-Geral da República declarações de inexistência de incompatibilidades ou impedimento para o exercício de funções dos membros do Conselho de Administração.

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

As declarações de independência dos membros do Conselho de Administração foram elaboradas de acordo com o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º133/2013, 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 existe comissão para a fixação de remunerações, razão pela qual esta informação não é aplicável.

C. Estrutura das Remunerações

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

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.

Quanto ao órgão de fiscalização, a remuneração dos elementos do Conselho fiscal e do ROC está fixada por Despacho conjunto das Finanças e da Saúde.

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

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, assente num contrato de gestão proposto pela Tutela e subscrito por cada um dos membros da Administração. A remuneração variável encontra-se

suspensa e dependente da legislação em vigor para cada ano.

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.

A remuneração variável será atribuída nos termos dos objetivos de gestão. No entanto a mesma encontra-se suspensa nos termos do referido anteriormente.

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

Idem

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

Idem

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 existem.

D. Divulgação das Remunerações

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

¹¹ Mecanismos diversos dos inerentes à evidenciação ou menção a que se refere o ponto 3, seguinte.

Membro do Órgão de Administração	Estatuto do Gestor Público			
	Fixado [S/N]	Classificação [A/B/C]	Remuneração mensal bruto (€)	
			Vencimento Mensal	Despesas Representação
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	S	B	4.997,60 €	1.663,00 €
José Fernando da Rocha Barros	S	B	4.997,60 €	1.556,00 €
Alfredo Eduardo Argulho Alves	S	B	3.891,00 €	1.556,00 €
Rita Gonçalves Moreira	S	B	3.891,00 €	1.556,00 €
Élia do Céu Costa Gomes	S	B	3.891,00 €	1.556,00 €

Nos termos do nº 3 da Resolução do Conselho de Ministro nº 34/2017, de 2 de março, foi autorizado ao Presidente do Conselho de Administração e ao Diretor Clínico a opção pelo vencimento do lugar do origem

Membro do Órgão de Administração	Remuneração Anual 2019 (€)		
	Fixa	Variável	Bruta
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	85.348,66 €	0,00 €	85.348,66 €
José Fernando da Rocha Barros	84.128,86 €	2.690,00 €	86.818,86 €
Alfredo Eduardo Argulho Alves	69.488,56 €	0,00 €	69.488,56 €
Rita Gonçalves Moreira	64.314,05 €	0,00 €	64.314,05 €
Élia do Céu Costa Gomes	69.488,70 €	0,00 €	69.488,70 €

Por despacho de Sua Exc^a o Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes, de 27 de setembro de 2017, foi autorizado o exercício de atividade médica, de natureza assistencial, de forma remunerada, ao Professor Doutor José Fernando da Rocha Barros, Diretor Clínico, no C.H.U.P., nos termos do nº 2, artigo 3º dos Estatutos dos Centros Hospitalares, constante do anexo II, do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro.

Membro do Órgão de Administração	Benefícios Sociais(€)							
	Valor do Subsídio de Refeição		Regime de Proteção Social		Seguro de Vida	Seguro de Saúde	Outros	
	Diário	Encargo anual da empresa	[identificar]	Encargo anual da entidade	Encargo anual da entidade	Encargo anual da entidade	[identificar]	Encargo anual da empresa
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	4,77 €	1.082,79 €	CGA	20.260,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €
José Fernando da Rocha Barros	4,77 €	1.087,56 €	CGA	20.611,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €
Alfredo Eduardo Argulho Alves	4,77 €	1.078,02 €	CGA	16.504,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €
Rita Gonçalves Moreira	4,77 €	1.058,94 €	SEGURANÇA SOCIAL	15.275,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €
Élia do Céu Costa Gomes	4,77 €	1.078,02 €	CGA	16.504,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €
		5.385,33 €		89.154,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €

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

Não existem outras empresas em relação de domínio ou de grupo, pelo que esta informação não é 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 há este tipo de remuneração pelo que esta informação não é aplicável.

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

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

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

De acordo com os Estatutos do Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro e nos termos do Regime da Lei nº 148/2015 o CHUP o órgão de fiscalização é o Conselho Fiscal e o Revisor Oficial de Contas. Nestes termos, o despacho conjunto das Finanças e da Saúde de 06-09-2018, designou para o mandato de 2018-2020 os membros do Conselho Fiscal para o CHUP e o despacho conjunto das Finanças e da Saúde de 18-12-2018 nomeou o Revisor Oficial de Contas para o mandato de 2018-2020.

Conselho Fiscal	Remuneração Anual (€)		
	Bruto (1)	Reduções Remuneratórias (2)	Valor Final (3) = (1)-(2)
Carla Manuela Serra Geraldes	19.068,28 €	0,00 €	19.068,28 €
Maria das Dores Sousa Silva	14.301,14 €	0,00 €	14.301,14 €
Júlio Fernando Seara Sequeira da Mota Lobão	14.301,14 €	0,00 €	14.301,14 €

Nota: incluído subsídio de férias e subsídio de natal.

Nome ROC/FU	Valor Anual do Contrato de Prestação de Serviços - 2019 (€)			Valor Anual de Serviços Adicionais - 2019 (€)			
	Valor (1)	Reduções (2)	Valor Final (3) = (1)-(2)	Identificação do Serviço	Valor (1)	Reduções (2)	Valor Final (3) = (1)-(2)
SANTOS CARVALHO & ASSOCIADOS, SROC, S.A.	26 700,00 €	0	26 700,00 €	Outras despesas *	2 014,60 €	-	2 014,60 €

*Outras despesas

Taxa CMCM	0%	1.200,00 €
Alimentação 13%	13%	683,73 €
Alimentação 23% e deslocações 23%	23%	130,86 €

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

Não existe Assembleia geral nos órgãos dos Centros Hospitalares pelo que a informação não se aplica.

¹² Para efeitos do conceito de parte relacionada tenha-se em conta o que se encontra definido na NCRF 5 (Norma contabilística e de relato financeiro 5. Divulgações de Partes Relacionadas), e também no n.º 4 do artigo 63.º do CIRC (Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas).

VIII.

Transações com partes Relacionadas e Outras

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

As transações levadas a cabo com entidades relacionadas são as decorrentes dos serviços assistenciais prestados a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, objeto de contratualização com a Tutela e vertidas em sede de Contrato-Programa. A atividade assistencial prestada aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde tem como resultado a faturação à ACSS, I.P., que constitui a maior parcela da faturação de prestação de serviços do CHUP, EPE.

O Contrato-Programa é monitorizado e avaliado pela ARS Norte, pela ACSS e ainda pela DGO no que respeita ao Orçamento Económico.

Em termos de mecanismos de controlo há ainda a referir a divulgação da existência de relacionamentos entre partes relacionadas, bem como a divulgação da informação acerca destas nos documentos de prestação de contas anuais, nos termos da NCP 20. Em 2019 esta informação pode ser consultada e verificada no Relatório e Contas na nota 20 - Divulgações de partes relacionadas (capítulo 15 - Anexo às Demonstrações Financeiras).

O detalhe das transações entre partes relacionadas, bem como o respetivo saldo em 31 de Dezembro de 2019, era o seguinte:

Entidade Terceira	NIF	Faturação emitida pelo CHUP em 2019	Faturação emitida pelas Entidades Terceiras em 2019	Saldo de Cliente 31-12-2019	Saldo de Fornecedor 31-12-2019
Instituto Nacional Emergência Médica, IP	501356126	74.917,76	0,00	119,07	0,00
Instituto Português do Sangue e da Transplantação,IP	502423943	-179.021,30	630.096,65	504.129,80	189.813,69
Instituto Nacional Saude Dr.Ricardo Jorge, IP,INSA IP	501427511	3.084,10	68.829,93	677,30	10.125,80
ACSS, IP	508188423	288.241.709,46	48.722,40	300.435,01	8.120,40
Hospital Dr. Francisco Zagalo	501510150	0,00	0,00	0,00	0,00
ARS Norte, IP	503135593	3.492.847,34	2.751.688,25	3.781.301,77	2.223.896,45
ARS Centro, IP	503122165	46.175,51	0,00	113.186,59	0,00
ARS Lisboa V.T., IP	503148776	0,00	0,00	3.733,17	0,00
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	506361659	1.548,20	240,90	1.146,90	65,70
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	506361608	0,00	0,00	0,00	0,00
Hospital Distrital Figueira Foz, EPE	506361527	3.655,30	0,00	3.655,30	0,00
Hospital de Santa Maria Maior, EPE	506361381	179.115,80	0,00	159.391,97	0,00
Hospital Distrital de Santarém, EPE	506361462	1.696,80	0,00	1.221,00	0,00
Hospital Garcia de Orta, EPE	506361470	4.835,40	0,00	4.835,40	0,00
Unidade Local de Saúde Matosinhos, E.P.E.	506361390	222.428,25	53.033,13	376.064,22	28.540,93
Centro Hospitalar e Univ. de Coimbra, EPE	510103448	63.804,82	11.673,86	85.442,62	2.667,80
Instituto Portug.Oncologia - Lisboa , EPE	506361616	113,80	0,00	56,90	113,80
Instituto Português Oncologia - Porto , EPE	506362299	44.972,70	80.443,38	14.968,60	11.108,18
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	507618319	3.656,00	388,50	3.656,00	222,00
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.	507606787	0,00	0,00	0,00	0,00
Hospital Espírito Santo Évora, EPE	508085888	320,1	0,00	114,40	0,00
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE	508080142	15.065,30	1.010,30	28.946,20	1.010,30
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	508100496	366.036,83	48.059,63	365.590,21	48.059,63
Centro Hospitalar Médio Ave, EPE	508093937	16.615,41	0,00	23.978,31	0,00
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	508142156	248.045,16	11.514,48	213.495,70	8.514,78
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	508318262	413.302,26	22.086,17	362.942,87	14.337,65
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE	508481287	53.752,90	0,00	38.746,40	0,00
Centro Hospitalar Povoas Varzim/Vila Conde, EPE	508741823	14.321,17	0,00	18.668,56	0,00
Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE	508786193	18.538,34	0,00	152.560,23	0,00
Unidade Local de Saúde Guarda, EPE	508752000	13.827,00	0,00	26.653,00	0,00
Hospital Magalhães Lemos, EPE	502828790	171.885,42	182.005,29	49.807,48	53.935,84
Unidade local de Saúde de Castelo Branco, EPE	509309844	175,60	0,00	175,60	0,00
Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga, EPE	508878462	106.133,96	0,00	99.857,63	0,00
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	509822932	0,00	0,00	0,00	0,00
Hospital Fernando da Fonseca, EPE	503035416	2.637,20	0,00	2.976,70	0,00
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	509186998	266,90	0,00	266,90	0,00
Centro Hospitalar São João, EPE	509821197	831.162,64	11.091,84	7.453.096,47	3.312,28
Centro Hospitalar de Baixo Vouga, EPE	510123210	40.247,16	0,00	60.249,24	0,00
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	509822940	11.719,38	0,00	15.704,58	0,00
Unidade Local de Saúde de Nordeste, EPE	509932584	82.090,14	0,00	77.036,78	0,00
Unidade Local Saúde do Litoral Alentejano, EPE	510445152	0,00	0,00	0,00	0,00
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	510745997	1.459,40	0,00	1.346,10	0,00
Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE	508080827	145.541,31	0,00	137.918,01	0,00
Centro Hospitalar do Oeste	514993871	0,00	0,00	3.559,80	0,00

2. Informação sobre outras transações:

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

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

Decreto-Lei 18/2008, com todas as alterações introduzidas até à Retificação n.º 42/2017, de 30/11, que estabelece a disciplina aplicável à contratação pública e o regime substantivo dos contratos públicos que revistam a natureza de contrato administrativo;

Dec-Lei n.º 111-B/2017, de 31-08 que introduziu reformas ao DL n.º 18/2008;

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 do Serviço de aquisições** do departamento de aprovisionamento e logística elaborado em novembro de 2019 e o **Regulamento de Aquisições de orientações e boas práticas para a contratação pública** elaborado em novembro de 2018.

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

Nada a assinalar.

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

Fornecedor	Valor 2019 c/ IVA	Peso	NIF
SUCH - SERVIÇO DE UTILIZ. COMUM DOS HOSPITAIS	3.607.594,17 €	13,80%	500900469
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAUDE DO NORTE, IP	2.750.028,25 €	10,50%	503135593
IBERDROLA PORTUGAL UNIPessoal, LDA.	2.611.675,24 €	10,00%	502124083
ITAU-INST.TECNICO ALIMENTAÇÃO, SA	2.529.987,92 €	9,70%	500142858
SANTA CASA MISERICORDIA PORTO	1.993.263,08 €	7,60%	500239894
IBERLIM - SOCIEDADE TECNICA DE LIMPEZAS, SA	1.645.796,44 €	6,30%	502117281

IX.

Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económico, social e ambiental

Caracterização dos elementos seguidamente explicitados, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação¹³:

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

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

¹³ Querendo, a empresa poderá incluir síntese ou extrato(s) do seu Relatório de Sustentabilidade que satisfaça(m) o requerido. Tal formato de prestação da informação, implica que o texto seja acompanhado das adequadas referências que permitam identificar as partes da síntese ou extrato(s) que satisfazem cada uma das alíneas.



Departamento/Indicador	Ano 2017	Ano 2018	Ano 2019	Var. 2017-2018	Var. 2018-2019
Centro de Genética Médica Dr. Jacinto Magalhaes					
Consultas Médicas	3 031	3 253	4 319	7%	33%
Centro de Transplantação					
Doentes Saídos	275	286	298	4%	4%
Consultas Médicas	4 113	4 030	3 925	-2%	-3%
Dep. da Infância e Adolescência					
Doentes Saídos	2 191	2 174	2 003	-1%	-8%
Consultas Médicas	72 956	76 807	78 882	5%	3%
Doentes Operados Ambulatório	709	714	808	1%	13%
Dep. da Mulher e da Medicina Reprodutiva					
Doentes Saídos	8 603	8 409	8 917	-2%	6%
Consultas Médicas	84 537	79 824	81 153	-6%	2%
Doentes Operados Ambulatório	2 141	2 100	2 377	-2%	13%
Dep. da Qualidade					
Consultas Médicas	7 161	7 983	7 429	11%	-7%
Dep. de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência					
Doentes Saídos	687	704	709	2%	1%
Consultas Médicas	16 040	16 456	16 569	3%	1%
Dep. de Cirurgia					
Doentes Saídos	7 151	6 708	7 289	-6%	9%
Consultas Médicas	90 486	92 890	92 122	3%	-1%
Doentes Operados Ambulatório	5 326	4 935	5 971	-7%	21%
Dep. de Medicina					
Doentes Saídos	8 316	8 328	8 491	0%	2%
Consultas Médicas	207 956	215 232	221 749	3%	3%
Doentes Operados Ambulatório	604	603	795	-0%	32%
Dep. de Neurociências					
Doentes Saídos	3 983	3 923	4 236	-2%	8%
Consultas Médicas	123 129	121 519	124 686	-1%	3%
Doentes Operados Ambulatório	9 738	10 254	11 844	5%	16%
Dep. de Ortopsiatria					
Doentes Saídos	3 123	2 919	3 390	-7%	16%
Consultas Médicas	50 839	51 427	52 093	1%	1%
Doentes Operados Ambulatório	720	762	928	6%	22%
Dep. de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência					
Doentes Saídos	116	96	95	-17%	-1%
Consultas Médicas	18 931	17 535	17 546	-7%	0%
Urgência e Emergência					
Doentes Saídos	15	7	14	-53%	100%
Consultas Médicas	299	733	757	145%	3%
Exterior					
Doentes Saídos	136	98	48	200%	200%
Total CHUP					
Doentes Saídos	34 596	33 652	35 490	-3%	5%
Consultas Médicas	679 478	687 689	701 230	1%	2%
Doentes Operados Ambulatório	19 238	19 368	22 723	1%	17%

No total do CHUP, como se observa, as variações em 2019 foram positivas cumprindo a performance produtiva. Numa análise serviço a serviço observa-se que as variações são amplamente positivas e, em termos globais, assiste-se a aumentos de produção bastante satisfatórios, generalizados a todas de linhas de atividade.

De notar que, a quebra verificada em 2018 no internamento, designadamente nos serviços cirúrgicos, teve implícito fatores externos à gestão do CHUP, como seja a greve cirúrgica do pessoal de enfermagem. Esta condicionante atenuou também o crescimento verificado, nesse ano, no ambulatório cirúrgico. Conclui-se, portanto, que a retoma produtiva foi assegurada em pleno no ano de 2019.

1.2. Redução do Consumo de Produtos Farmacêuticos e de Material de Consumo Clínico por Doente Padrão.

Indicador	Ano 2017		Ano 2018		Ano 2019		Var. 2017-2018		Var. 2018-2019	
	Total €	€/Doente-Padrão	Total €	€/Doente-Padrão	Total €	€/Doente-Padrão	Total €	€/Doente-Padrão	Total €	€/Doente-Padrão
Produtos Farmacêuticos	99 739 708	981,5	105 451 714	1043,6	109 691 607	1021,4	6%	6%	4%	-2%
Medicamentos PAF	15 249 245	150,1	16 963 928	167,9	17 743 431	165,2	11%	12%	5%	-2%
Medicamentos Hepatite C	4 028 031	39,6	2 791 254	27,6	1 862 988	17,3	-31%	-30%	-33%	-37%
Material de Consumo Clínico	28 227 954	277,8	30 240 764	299,3	31 925 060	297,3	7%	8%	6%	-1%
Material de Consumo Hoteleiro	1 038 267	10,2	1 054 272	10,4	1 163 518	10,8	2%	2%	10%	4%
Outros Materiais de Consumo (Administrativo, Manutenção e Conservação, Alimentar)	1 214 833	12,0	1 317 323	13,0	1 315 693	12,3	8%	9%	-0%	-6%
Total Consumos	130 220 762	1281,5	138 064 073	1366,3	144 095 879	1341,8	6%	7%	4%	-2%

* Valores de doente Padrão disponíveis no SICA em 12/04/2019

Objetivo cumprido, pois apesar do aumento dos Produtos Farmacêuticos e do Material de Consumo Clínico em valor total, quando ajustado ao volume de produção normalizada em

Doente Padrão, verifica-se uma redução de 2% e 1%, respetivamente.

1.3. Otimização da prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Indicador	Ano 2017		Ano 2018		Ano 2019		Var. 2017-2018		Var. 2018-2019	
	Quantidade	Quantidade Ponderada	Quantidade	Quantidade Ponderada	Quantidade	Quantidade Ponderada	Quantidade	Quantidade Ponderada	Quantidade	Quantidade Ponderada
MCDT Realizados na Instituição	5 608 780	10 772 964	5 886 440	11 305 360	6 046 436	11 954 470	5%	5%	3%	6%
MCDT Realizados no Exterior	37 174	449 965	56 704	583 330	48 911	526 796	53%	30%	-14%	-10%
Total	5 645 954	11 222 930	5 943 144	11 888 690	6 095 347	12 481 267	5%	6%	3%	5%

Crescimento de MCDT com ritmo inferior ao verificado em 2018, em quantidade, dada a preocupação na racionalização da prescrição de MCDT e apesar do aumento da produção (por exemplo, na consulta externa). Também o recurso de exames ao exterior foi substancialmente inferior ao verificado no ano

anterior, o que poderá indicar, por um lado, um esforço na racionalização dos MCDT e, por outro, o crescente esforço na internalização de exames. Não obstante, o recurso de exames no exterior ao longo dos anos é bastante diminuto.

1.4. 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.

Indicador	Ano 2017	Ano 2018	Ano 2019	Var. 2017-2018	Var. 2018-2019
Nº Camas Internamento*	756	760	764	1%	1%
Tx Ocupacional	93,3%	93,8%	95,6%	0%	2%
Demora Média**	8,3	8,6	8,4	4%	-2%
Tx Realização Contrato-Programa***	100,4%	95,9%	99,4%	-4%	4%

* Lotação média acumulada (exclui 34 berços).

** Critérios de Contrato-Programa.

*** SICA 12-04-2016 (ano 2015), 27-07.2017 (ano 2016), 05-04-2018 (ano 2017) e 12-04-2019 (ano 2018)

*** Para ano 2019, valor calculado pelo CHUP em 04-06-2020.

A taxa de ocupação acima dos 95%, aliada a uma taxa de execução do Contrato Programa próxima dos 100%, são exemplo da rentabilização da capacidade instalada.

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

2.1 Política de Gestão Partilhada assente nos seguintes pilares:

- a) Planeamento anual assente numa metodologia de construção partilhada, pressupondo a divulgação de orientações estratégicas pelo Conselho de Administração e a participação dos níveis intermédios e gestão, no respeito pelas linhas orientadoras definidas pela Tutela;
- b) Ciclo de planeamento desenvolvido em reuniões internas de contratualização com Departamentos chave, tendo em vista a definição de níveis de produção a realizar, indicadores de acesso, qualidade e eficiência a observar;
- c) Acompanhamento da concretização da atividade e custos, assinalando desvios e estimulando correções, em sessões públicas calendarizadas, lideradas pelo órgão de gestão, com a presença dos responsáveis intermédios;
- d) 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;
- e) Participação em programa de benchmarking de indicadores clínicos que promovem a supervisão ao nível da qualidade assistencial, eficiência e produtividade face aos hospitais similares;
- f) 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.

2.2 Política de Gestão da Qualidade e Estratégia de Concretização

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

I. Da definição de uma 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. Do estabelecimento de uma **Estratégia de Qualidade** que considera as prioridades definidas e a necessidade de desenvolver o sistema de gestão da qualidade, assente particularmente:

II.1. No 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. Na procura da melhoria contínua da qualidade e da **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 da melhoria da prestação de contas no âmbito da instituição;

II.3. Na definição e cumprimento de **normas de boa prática**

clínica, com sistemática auditoria clínica e revisão de utilização;

II.4. Na **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. Na **formação e desenvolvimento, de profissionais e gestores**, no desenvolvimento de competências comportamentais e da liderança eficaz, na gestão do stress e bem-estar profissional, na melhoria contínua da qualidade e na gestão e promoção do trabalho em equipa nos cuidados de saúde;

II.6. Na implementação de **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.

III. Da 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 dos serviços prestados;

IV. Do estabelecimento de uma estrutura organizacional que integra 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.

V. Do reconhecimento Externo da Qualidade Clínica e Organizacional:

O grau de cumprimento da estratégia da qualidade apresentada pode ser demonstrado pelo reconhecimento externo da mesma por entidades independentes, onde devem destacar-se:

V.a. A **Excelência Clínica** – Prémio TOP 5 Excelência dos Hospitais atribuído ao CHUP em 5 anos consecutivos (<http://www.iasist.pt>). Para o ano de 2019 não são, ainda, conhecidos os resultados, uma vez que a cerimónia de atribuição foi adiada sine die devido ao estado de emergência estabelecido por força da pandemia pela COVID-19;

V.b. SINAS – Participação no **Programa Nacional de Avaliação em Saúde** promovido pela Entidade Reguladora da Saúde, atribuindo ratings de qualidade, nas seguintes áreas clínicas:

- a) Cardiologia – Enfarte Agudo do Miocárdio;
- b) Cirurgia de Ambulatório;
- c) Cirurgia Geral – Cirurgia do Cólon;
- d) Cirurgia Vasculuar – Cirurgia de revascularização arterial;
- e) Cuidados Intensivos;
- f) Cuidados Transversais – Avaliação da Dor Aguda;
- g) Cuidados Transversais - Tromboembolismo Venoso no Internamento;
- h) Ginecologia – Histerectomias;
- i) Neurologia – Acidente Vasculuar Cerebral;
- j) Obstetrícia – Partos e Cuidados Pré-natais;
- k) Ortopedia – Artroplastias da Anca e Joelho e Correção cirúrgica da fratura proximal do fémur;
- l) Pediatria – Cuidados Neonatais.

Na última classificação a área de Obstetrícia obteve o nível de qualidade III, que corresponde a uma categoria de classificação superior. Nos demais o nível de qualidade II, que corresponde a uma classificação intermédia.

V.c. Atribuição da Acreditação Internacional pelo CHKS a 10 dos 16 Centros de Referência atribuídos ao CHUP (Despacho nº11297/2015 de 8 de outubro; Despacho nº3653/2016 de 11 de março; Despacho nº 9414/2016 de 22 de Julho; Despacho

nº 6669/2017 de 2 de julho) da Acreditação Internacional pelo CHKS em 5 de agosto de 2019, com validade até Julho de 2021:

1. Centro de Referência dos Sarcomas das Partes Moles e Ossos
2. Centro de Referência das Coagulopatias Congénitas
3. Centro de Referência das Doenças Hereditárias do Metabolismo
4. Centro de Referência da Epilepsia Refratária
5. Centro de Referência da Fibrose Quística
6. Centro de Referência de Neuroradiologia de Intervenção na Doença Cerebrovascular
7. Centro de Referência do Cancro Hepatobiliopancreático
8. Centro de Referência do Transplante Renal Pediátrico
9. Centro de Referência do Transplante Hepático
10. Centro de Referência dos Implantes Cocleares

Os restantes 6, já a haviam obtido em 2018:

1. Centro de Referência da Paramiloidose Familiar
2. Centro de Referência do Cancro do Esófago
3. Centro de Referência do Cancro do Testículo
4. Centro de Referência do Transplante Renal de Adulto
5. Centro de Referência do Transplante de Pâncreas
6. Centro de Referência do Cancro do Reto

V.d. Rede de Referência Europeia - Consolidação dos Centros já incluídos na Rede Europeia:

- I. ERN LUNG Doenças Respiratórias, Unidade Vascular Pulmonar
- II. ERN EURACAN Tumores do Adulto (tumores sólidos), Serviço de Oncologia
- III. ERN EpiCARE Epilepsias, Unidade de Epilepsia
- IV. ERN EuroBloodNet Doenças Hematológicas, Serviço de Hematologia Clínica
- V. MetabERN Doenças Metabólicas Hereditárias, Unidade das Doenças Metabólicas
- VI. ERN Transplant-CHILD Transplante Renal Pediátrico,

e apresentação de 9 candidaturas em Dezembro de 2019:

1. ERN-RITA Imunodeficiências primárias, Unidade de Imunologia Clínica do Serviço de Medicina;
2. ERN-RITA Doenças autoinflamatórias e autoimunitárias, Unidade de Imunologia Clínica do Serviço de Medicina;
3. ERN-EURO-NMD Doenças neuromusculares, Unidade Corino de Andrade e Serviço de Neurofisiologia;
4. ERN-EURO-NMD Doenças neuromusculares raras, Unidade Funcional de Doenças Neuromusculares – pediátricas e de adultos;
5. ERN-LUNG Doenças respiratórias pediátricas, Unidade de Pneumologia CMIN;
6. ERN-ERNICA Doenças hereditárias e congénitas (Malformações do tracto digestivo-diafragma e parede abdominal), Gastrenterologia e Cirurgia Pediátricas;
7. ERN-ReCONNET Doenças músculo-esqueléticas e do tecido conjuntivo, Unidade de Imunologia Clínica do Serviço de Medicina;
8. ERKNet Doenças renais raras, Nefrologia Pediátrica e Serviço de Nefrologia adultos;
9. ERN-EurobloodNet Doenças hematológicas, Serviço de Hematologia Clínica.

V.e. Atribuição da Acreditação Internacional pelo CHKS às Unidades Hospital de Santo António e Centro Materno-Infantil do Norte, válida até Julho de 2021.

Este modelo de Acreditação não prevê graus parciais de cumprimento como resultado final. A entidade tem o grau de acreditação somente se cumprir 100% dos critérios obrigatórios.

A implementação desta metodologia de Acreditação no Hospital

de Santo António, cujo início remonta a 2001, evoluiu em 2018 para um desafio muito mais ambicioso: alargar a implementação da metodologia e o âmbito da Acreditação Internacional ao Centro Materno Infantil do Norte e aos 16 Centros de Referência reconhecidos por Despachos dos Senhores Ministros da Saúde ao CHUP, e por utilizar como referencial de Acreditação a versão de 2016 do Manual CHKS, muito mais exigente do que as anteriores, nunca antes utilizada em Portugal, e com escasso tempo para implementação.

Apesar da ambição do projeto e de todas as suas componentes, após a realização de uma auditoria externa em Julho de 2018 e de uma auditoria focalizada em Maio de 2019, foi alcançado o objetivo estratégico da manutenção da acreditação internacional do HSA e a atribuição do mesmo reconhecimento externo e independente ao CMIN.

V.f. Mantiveram a Certificação ISO 12 Serviços, em ciclos de renovação iniciados em 2017 e 2018:

1. Serviço de Nutrição e Alimentação;
2. Serviços Farmacêuticos;
3. Programa de transplante de córnea;
4. Serviço de Hematologia Clínica;
5. Serviço de Microbiologia;
6. Centro de Procriação Medicamente Assistida – CHUP;
7. Unidade de Esterilização Central;
8. Serviço de Logística;
9. Serviço de Hospital de Dia Polivalente;
10. Serviço de Urgência;
11. Serviço de Nefrologia;
12. Laboratório Centralizado (CORELAB).

V.g. Merece um especial destaque a criação, em Dezembro de 2019, do **Serviço de Humanização, integrado no Departamento da Qualidade**. Este novo serviço criado na estrutura da organização focará a sua atividade na promoção e implementação de programas institucionais de humanização - dando concretização do Compromisso para a Humanização Hospitalar – os quais terão como destinatários não só os utentes mas também os profissionais, proporcionando o desenvolvimento de iniciativas de identificação de áreas de melhoria e de projetos que vão ao encontro das necessidades identificadas.

Em setembro de 2019, o Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP), conjuntamente com outras 48 instituições de saúde, subscreveu o «Compromisso para a Humanização Hospitalar». O Programa deste compromisso foi desenvolvido pelo Grupo de Trabalho para a Humanização Hospitalar, criado pela Coordenação para a Reforma do Serviço Nacional Saúde (SNS) na área dos Cuidados de Saúde Hospitalares.

O objetivo deste compromisso é implementar políticas dedicadas à humanização, que se centrem nas pessoas (utentes, cuidadores e profissionais de saúde), e que garantam o bom relacionamento interpessoal, interprofissional e o respeito pelos valores humanos. Com este projeto espera-se a melhoria contínua dos processos e resultados em saúde.

A humanização em saúde visa criar condições de respeito integral pela pessoa doente e pelos seus familiares e acompanhantes, melhorando a sua experiência na interação com os serviços de saúde. É um conceito tão vasto, que aborda áreas tão distintas como atitudes e comportamentos de utentes e profissionais, bem como a qualidade e segurança dos espaços físicos das estruturas prestadoras de serviços, entre outros aspetos. A prática de cuidados de saúde humanizados é a expressão máxima dos valores humanos no contexto da relação que se estabelece, diariamente, entre os diversos atores envolvidos (profissionais de saúde, utentes e familiares) neste contexto.

Assim, o Conselho de Administração do CHUP, na sequência do «Compromisso para a Humanização Hospitalar», assinado

com o Ministério da Saúde, aprovou a 26 de dezembro de 2019 a criação do Serviço de Humanização, integrado no Departamento da Qualidade.

V.h. Por fim é oportuno referir a estruturação e aprovação, em abril de 2019, da **Política de Gestão do Stress e Bem-Estar dos profissionais no ambiente de trabalho.**

Tendo por base o valor indicativo dos níveis de stress da OMS, estima-se cerca de 34% dos 4200 trabalhadores do CHUP (1428 profissionais) poderão ter níveis de stress elevados. O stress ocupacional é aquele que tem origem no ambiente de trabalho e impacto na saúde e bem-estar do trabalhador, da mesma forma que afeta o bom funcionamento e resultados da organização. Apesar de o Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) não estar dotado de todos os meios para a identificação de casos de stress ocupacional, identificou, sinalizou e acompanha na consulta 62 profissionais.

Em observância das orientações nacionais e internacionais sobre a matéria o Conselho de Administração do CHUP aprovou uma Política de Gestão do Stress e Bem-Estar dos profissionais no ambiente de trabalho que visa:

1. Promover um ambiente de trabalho saudável e fomentar o bem-estar dos colaboradores da organização;
2. Aumentar a satisfação profissional dos colaboradores da organização, melhorando os resultados da mesma.
3. Descreve as responsabilidades de implementação e inclui medidas de natureza preventiva e de natureza interventiva.

É propósito do CHUP proporcionar boas condições de trabalho e qualidade de vida aos seus profissionais e evitar expô-los a elevados níveis de stress.

A política aprovada é um referencial da ação presente – com base no paradigma de ambientes de trabalho saudáveis - mas tem também conteúdo programático, uma vez que alguns dos seus 14 pilares se encontram em curso de implementação e desenvolvimento futuro.

A Política de Gestão do Stress e Bem-Estar dos profissionais no ambiente de trabalho está a ser implementada e tem como objetivo garantir um impacto positivo na diminuição da casuística de novos casos anuais identificados no SSO e obter uma taxa de incidência de níveis de stress 5 pontos percentuais abaixo do valor indicativo dos níveis de stress da OMS.

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 CHUP encontra-se radicada no seu Regulamento Interno, documento estruturante e orientador da sua ação, através da sua definição de Missão:

O CHUP 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 CHUP 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 CHUP, que configura um referencial para a atuação, atitudes e comportamentos de todos os profissionais.

No que respeita, particularmente, à proteção dos consumidores, o CHUP 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 dos 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:

A - 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 CHUP;

B - 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;

C - 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 internamento. 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.

D - 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.

E - 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.

Acessibilidade:

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 Local de Gestão do Acesso – ULGA, pela Direção da Consulta Externa e pela Direção do Departamento de Cirurgia. 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.

Grupos vulneráveis:

É de realçar a preocupação institucional com os grupos vulneráveis da população e com a pessoa idosa.

Neste âmbito existe na instituição a Equipa de Prevenção de Violência em Adultos –EPVA – e foi institucionalizada formação de sensibilização e transmissão de competências de intervenção e monitorização junto deste grupo vulnerável.

No outro grupo de particular vulnerabilidade – a criança – existe o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, que atua no âmbito do sistema de proteção legalmente instituído.

Políticas Institucionais dirigidas às necessidades do Consumidor/ Doente/ Utente:

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 CHUP, 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 n.º 126/2014 de 22 de agosto, e pelo Regulamento ERS n.º 65/2015 assegurado pelo Gabinete do Cidadão do CHUP, 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 CHUP prossegue objetivos de responsabilidade social, designadamente no que aos clientes 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 CHUP, está estreada nos seus sócios, mas também, de forma efetiva, na adminis-

tração da instituição. As atividades por aquelas desenvolvidas contam com as instalações e logística do CHUP e constituem fator motivacional dos seus profissionais e de união, já que os profissionais aposentados nela também 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 CHUP 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 implementação de controlo automático da iluminação;
- Política de redução de consumos energéticos e proteção ambiental, pela substituição de componentes eletrónicos nos equipamentos de progressão vertical;
- Política de redução de consumos energéticos e proteção ambiental, pela renovação gradual de sistemas e de equipamentos de AVAC (aquecimento, ventilação e ar condicionado);
- Análises regulares da qualidade da água para consumo, no sentido de deteção precoce de anomalias que possam comprometer o ambiente e a segurança dos ocupantes do edifício;
- Avaliações periódicas da qualidade do ar interior, com o intuito da deteção precoce de poluentes no ar interior dos edifícios e carências na renovação do ar novo nos espaços, que possam comprometer o ambiente e a segurança dos ocupantes do edifício;
- Utilização permanente de estações de tratamento de águas residuais, no sentido de garantir a mais eficaz e segura proteção ambiental, no que respeita a efluentes líquidos, no qual se inclui a adoção de sistema gerador de ozono para eliminação de substâncias orgânicas produtoras de odores e destruição de bactérias e vírus presentes no ar;
- Utilização permanente de caldeiras a gás natural para aquecimento de águas e produção de vapor, que garante menores emissões gasosas de poluentes para a atmosfera;
- Contratualização de recolha e tratamento de resíduos sólidos, no sentido de garantir a mais eficaz e segura proteção ambiental, nomeadamente, no que diz respeito a resíduos hospitalares perigosos;

O CHUP 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);

Apesar de já apresentar uma diferença com algum significado, quando avaliamos todos os abonos processados em dezembro/2019, esta disparidade é justificada pela maior disponibilidade do sexo masculino para a realização de trabalho extraordinário, sobretudo noturno, o que mais não reflete as características culturais em que nos inserimos.

Abonos Totais Dez/2019	
Homens	Mulheres
2.719,37 €	2.032,13 €

A conciliação entre a vida profissional e pessoal tem sido uma preocupação deste Centro Hospitalar Universitário do Porto que se pode traduzir no facto de terem sido autorizados todos os horários flexíveis autorizados para acompanhamento de filhos menores (328). O mesmo se encontra refletido na dispensa diária de 2 horas para amamentação /aleitação de 136 mulheres (a dezembro de 2019). A concessão do estatuto de trabalhador estudante (68 trabalhadores – 19H e 49M) 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 e à elaboração do relatório a que se refere o n.º 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2014, de 7 de março;

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. Das remunerações já podemos verificar na alínea C) não haver desigualdade, o mesmo se poderá dizer quanto ao acesso a cargos de direção/chefia:

Funções Chefia	
Homens	Mulheres
52%	48%

e) Identificação das políticas de recursos humanos definidas pela empresa, 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 e no estímulo proporcionado pelo CHUP à melhoria curricular e aquisição de diferenciação académica e pós-graduada. No planeamento de formação institucional foram contempladas as temáticas explicitadas abaixo.

Distribuição da formação aprovada pelo CA por áreas temáticas em 2019

Área temática	Nº de Cursos	Nº de Ações	Nº de Formandos
Emergência médica interna	11	68	982
Doente crítico e emergente	6	7	122
Qualidade assistencial	38	116	2039
Gestão do risco e segurança	15	75	2012
Competências técnicas	4	7	100
Competências relacionais	11	17	278
Tecnologias da informação e comunicação	6	10	124
Gestão	4	6	164
Totais	95	306	5821

Na área da emergência médica interna foi mantida a valorização profissional com a periodicidade recomendada, e nos seguintes cursos:

- | Suporte Básico de Vida
- | Suporte Imediato de Vida
- | Suporte Avançado de Vida
- | Suporte Avançado de Vida - Recertificação
- | Suporte Imediato de Vida Pediátrico
- | Suporte de Vida Neonatal

Na área de investigação foram organizados cursos livres vocacionados para:

- | Desenho de Estudos de Investigação;
- | Bioestatística: introdução à análise de dados em saúde;
- | Análise Estatística com SPSS.

Na área de competências relacionais o CHUP proporcionou cursos com as seguintes temáticas:

- | Desenvolvimento pessoal e alta performance;
- | Gestão de stress;
- | Gestão de competências pessoais, sociais e comportamentais.

Todos os grupos profissionais, à exceção do dirigente, participaram em ações de formação planeada, conforme se descreve na tabela abaixo. No ano de 2019 o CHUP proporcionou aos

funcionários um aumento de 6,1% relativamente ao número de horas de formação e por comparação com o ano de 2018.

Formação por grupo profissional em 2019

Grupo profissional	Nº de participantes	Nº de presenças	Nº de horas
Dirigente intermédio	123	46	835,5
Assistente técnico	578	284	4969
Assistente operacional (AAM)	426	233	1132
Assistente operacional (Outros)	71	49	479
Enfermeiro	2034	967	9659,5
Informático	0	0	0
Médico	197	215	1693
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	210	113	1179
Técnico Superior	149	60	899
Técnico Superior de Saúde	21	11	82
Outros	65	36	156,5
Total	3874	2014	21084,5

O CHUP contribuiu ativamente para a valorização dos seus profissionais atribuindo bolsas individuais para diferenciação curricular num total de 35.000,00€. A atribuição de bolsas por género esteve equilibrada com o género dos efetivos profissionais do CHUP.

A produtividade e o mérito nos campos formativos, de ensino e de investigação foram gratificados através dos “Prémios Sollari Allegro” para os serviços e investigadores, possíveis por candidatura interna aberta à participação de todos os profissionais. O estímulo à investigação foi proporcionado através de bolsas específicas para projetos e trabalhos de doutoramento. A atribuição destas bolsas é realizada por análise de mérito científico avaliado por uma comissão independente.

f) Informação sobre a política de responsabilidade económica, com referência aos moldes em que foi salvaguardada a competitividade da empresa, 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 impactes ambientais, económicos e sociais das atividades, etc.).

O CHUP salvaguarda a 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 da OCDE.

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. No ano de 2019 foi consolidado o Serviço de Investigação Clínica do DEFI, permitindo melhorar a organização com profissionais qualificados quer a nível de preparação científica como técnico-financeira.

Através deste departamento foram implementadas as seguintes medidas:

- Incremento de investigação a nível dos Centros de Referência Nacionais e Redes Europeias (European Reference Network) do CHUP;
- Participação ativa na rede nacional para a investigação clínica através do consórcio Portuguese Clinical Research Infrastructures Network (PtCRIN) e manter-se como membro da European Clinical Research Infrastructures Network (ECRIN) com financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia;
- Melhorar a organização da atividade nos ensaios clínicos;
- Fomentar os trabalhos académicos a nível do 3º ciclo de estudos;
- Aplicar intramuros as verbas que provêm de estudos de investigação (ensaios clínicos, estudos observacionais, estudos com dispositivos médicos) possibilitando gerar mais inovação.

A nível de investigação aplicada, foram aprovados e iniciados 28 novos ensaios clínicos e mantiveram-se ativos 80 ensaios anteriores, num total de 108 ensaios com atividade durante o ano, 9 dos quais da iniciativa do investigador. Foram submetidos 295 estudos clínicos, destes 27 novos projetos inseriram-se em teses de doutoramento. Em 2019 o CHUP registou uma patente nacional e outra internacional associada à investigação clínica na área de genética humana.

A inovação a nível de procedimentos, registos e organização foi mantida e sustentada pela candidatura Support for intelligent decision-making to improve training, research and clinical practice – Fundo Social Europeu (Porto - Região Norte): POCL-05-5762-FSE-000099.

O investimento do CHUP na investigação pode ser apreciado no Inquérito ao Potencial Científico e Tecnológico de 2018 (IPCTN18), disponível em 2020. A Direção-Geral de Estatísticas de Educação e Ciência relativamente ao volume de despesa intramuros em atividades de I&D, entre as instituições de saúde a nível nacional, colocou o CHUP em 1º lugar como instituição com maior volume de despesa, em 1º na área da Medicina Clínica, em 2º nas Ciências da Saúde e em 2º na Medicina Básica. O CHUP tem mantido esta posição estável.



Avaliação do Governo Societário

1. Verificação do cumprimento das recomendações recebidas relativamente à estrutura e prática de governo societário (vide artigo 54.º do RJSPE), através da identificação das medidas tomadas no âmbito dessas orientações.

Porto, 27 de maio de 2020

Relativamente à estrutura e prática de governo societário não foram recebidas recomendações.

O Conselho de Administração

O Relatório de Governo Societário do CHUP tem vindo a informar o cumprimento dos Princípios de Governo Societário de acordo com o disposto no artigo 54º do Decreto-Lei nº 133/2013 de 3 de outubro.

Paulo Jorge Barbosa Carvalho - **Presidente**

A estrutura de governo societário do CHUP 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 e em termos das Práticas de Bom Governo o CHUP tem cumprido o previsto na Secção II do Capítulo II do Decreto-Lei nº 133/2013 de 3 de outubro.

Rita Gonçalves Moreira - **Vogal Executivo**

Para cada recomendação deverá ser incluída:

José Fernando da Rocha Barros - **Diretor Clínico**

Na sequência do referido no ponto anterior esta informação não é aplicável.

Alfredo Eduardo Argulho Alves - **Enfermeiro Diretor**

a) Informação que permita aferir o cumprimento da recomendação ou remissão para o ponto do relatório onde a questão é desenvolvida (capítulo, subcapítulo, secção e página);

Na sequência do referido no ponto anterior esta informação não é aplicável.

b) Em caso de não cumprimento ou cumprimento parcial, justificação para essa ocorrência e identificação de eventual mecanismo alternativo adotado pela entidade para efeitos de prossecução do mesmo objetivo da recomendação.

Na sequência do referido no ponto anterior esta informação não é aplicável.

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

Não existem outras informações.

¹⁴ Reporta-se também às recomendações que possam ter sido veiculadas a coberto de relatórios de análise da UTAM incidindo sobre Relatório de Governo Societário do exercício anterior.

XI.

Anexos do RGS

Como anexos ao relatório da empresa deverão ser incluídos pelo menos os seguintes documentos:

1. Demonstração não financeira relativa ao exercício de 2019 que deverá conter informação referente ao desempenho e evolução da sociedade quanto a questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, igualdade de género, não discriminação, respeito pelos direitos humanos, combate à corrupção e tentativas de suborno (vide artigo 66.º-B do CSC) (aplicável às grandes empresas que sejam empresas de interesse público, que à data do encerramento do seu balanço excedam um número médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual – cfr. n.º 1 do mesmo artigo).

O n.º 8 do artigo 66.º-B do CSC dispõe que “uma empresa que elabore um relatório separado do relatório de gestão, correspondente ao mesmo exercício anual, que inclua as informações exigidas para a demonstração não financeira previstas no n.º 2 e seja elaborado nos termos previstos nos n. os 3 a 6, fica isenta da obrigação de elaborar a demonstração não financeira prevista no n.º 1”.

O CHUP elabora o presente relatório denominado de Relatório de Governo Societário separado do relatório de gestão que corresponde ao mesmo exercício anual, inclui as informações exigidas para a demonstração não financeira previstas no n.º 2 do artigo 66-B do CSC e está elaborado nos termos previstos nos n.ºs 3 a 6 do mesmo artigo. Assim o CHUP cumpre pela apresentação do Relatório de Governo Societário de 2019 a obrigação de elaborar a demonstração não financeira prevista no n.º 1 do artigo 66.º-B do CSC.

¹⁵ O n.º 8 do artigo 66.º-B do CSC dispõe que “uma empresa que elabore um relatório separado do relatório de gestão, correspondente ao mesmo exercício anual, que inclua as informações exigidas para a demonstração não financeira previstas no n.º 2 e seja elaborado nos termos previstos nos n.os 3 a 6, fica isenta da obrigação de elaborar a demonstração não financeira prevista no n.º 1”. Assim, caso a empresa pretenda ser dispensada da apresentação da demonstração não financeira, constitui sua responsabilidade verificar se o RGS inclui toda a informação e cumpre todas as formalidades exigidas pela lei.

2. Ata ou extrato da ata da reunião do órgão de administração em que haja sido deliberada a aprovação do RGS 2019.



Extrato ATA N.º 21/2020

“Ao vigésimo sétimo dia, do mês de maio, do ano dois mil e vinte, pelas dez horas, no Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE, reuniu o Conselho de Administração (CA), estando presentes o Presidente do Conselho de Administração, Dr. Paulo Barbosa, a Vogal Executiva, Dr.ª Rita Moreira, o Diretor Clínico, Prof. Doutor José Barros, e o Enfermeiro-Diretor, Enf. Eduardo Alves. -----

De acordo com a ordem de trabalhos estabelecida, foram tomadas as seguintes deliberações: -----

...

1. Apreciar, aprovar e autorizar a divulgação do Relatório & Contas e do Relatório de Governo Societário do Centro Hospitalar do Porto, EPE, relativos ao ano 2019. -----

...

Todas as deliberações tomadas 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, da qual, e para constar, foi lavrada a presente ata, que, uma vez lida e achada conforme, por todos vai ser assinada. -----“

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
27/5/2020

Dr. PAULO BARBOSA Presidente	Dr.ª ÉLIA GOMES Vogal Executiva
Prof. Doutor JOSÉ BARROS Diretor Clínico	Dr.ª RITA MOREIRA Vogal Executiva
Enf.º EDUARDO ALVES Enfermeiro Diretor	

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



Conselho Fiscal

9.

B

RELATÓRIO E PARECER DO CONSELHO FISCAL

INTRODUÇÃO

Em conformidade com as disposições legais e estatutárias aplicáveis, designadamente as constantes nas alíneas a) e h) do artigo 16.º dos estatutos do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E., doravante designado por “CHUP”, e de acordo com os termos do mandato que nos foi conferido, cabe ao Conselho Fiscal apresentar o relatório da sua ação fiscalizadora, bem como emitir parecer sobre o Relatório de Gestão e as demonstrações financeiras e orçamentais relativas ao exercício findo em 31 de dezembro de 2019, os quais são da responsabilidade do Conselho de Administração.

FISCALIZAÇÃO

O Conselho Fiscal foi designado por despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e Finanças, de 4 de setembro de 2018. Desde a data da sua nomeação, o Conselho Fiscal acompanhou, nos termos da sua competência, a atividade do CHUP, tendo realizado até ao momento 24 reuniões, conforme atas exaradas no livro respetivo. No âmbito das suas funções, acompanhou a regularidade dos registos contabilísticos, a qualidade do processo de preparação e divulgação da informação financeira e das respetivas políticas contabilísticas e critérios valorimétricos, o cumprimento da Lei e Estatutos em vigor e os sistemas de gestão de riscos e de controlo interno, tendo efetuado reuniões, com a frequência e extensão que considerou adequadas, com a Administração e responsáveis pela área financeira, contabilidade, auditoria interna, bem como com o Revisor Oficial de Contas, tendo obtido todas as informações solicitadas e esclarecimentos necessários para uma adequada compreensão das alterações patrimoniais e dos resultados.

No âmbito das suas funções o Conselho Fiscal examinou o balanço em 31 de dezembro de 2019, a demonstração dos resultados por natureza, a demonstração das alterações no património líquido, a demonstração dos fluxos de caixa, relativos ao ano findo naquela data, e o anexo às demonstrações financeiras, que inclui um resumo das políticas contabilísticas significativas.

Adicionalmente, foram examinadas as demonstrações orçamentais que compreendem a demonstração do desempenho orçamental, a demonstração da execução orçamental da receita, a demonstração da execução orçamental da despesa, a demonstração da execução do plano plurianual de investimentos e o anexo às demonstrações orçamentais, relativas ao exercício findo naquela data. Nesta análise foi observada a adequação das políticas contabilísticas adotadas e dos critérios valorimétricos em vigor.



Conselho Fiscal

[Handwritten signature]

O Conselho Fiscal procedeu ainda à apreciação do Relatório de Gestão do ano de 2019, emitido pelo Conselho de Administração, e da Certificação Legal das Contas emitida pelo Revisor Oficial de Contas em 16 de julho de 2020, que inclui quatro reservas e quatro ênfases, tendo concordado com o seu conteúdo.

Adicionalmente, o Conselho Fiscal recebeu do Revisor Oficial de Contas um documento designado Relatório Adicional ao Conselho Fiscal referente ao exercício de 2019, emitido nos termos do disposto no artigo 24.º do Regime Jurídico de Supervisão de Auditoria, aprovado pela Lei 148/2015, de 9 de setembro, que inclui, as matérias previstas nos n.ºs 2 a 4 do artigo 11.º do Regulamento (EU) n.º 537/2014, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de abril de 2014, relativo aos requisitos específicos para a revisão legal das contas das entidades de interesse público.

Da análise efetuada, julga este Conselho Fiscal ser importante referir que:

- Na presente data não foram ainda aprovados pela Tutela o Relatório de Gestão e as Demonstrações Financeiras referentes aos exercícios de 2017 e 2018.
- Os contratos-programa celebrados com o Ministério da Saúde constituem o instrumento de definição e de quantificação das atividades a realizar pelo CHUP, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. Na presente data não se encontram validados pela Tutela os contratos-programa referentes ao ano de 2013 e seguintes, sendo admissível que venham a ser identificados ajustamentos materiais para as demonstrações financeiras do CHUP na data em que aqueles venham a ser validados.
- De acordo com a informação obtida, o acordo celebrado entre o Estado Português e a Apifarma dará ao CHUP o direito a receber da Indústria Farmacêutica um montante de descontos em função das compras de medicamentos efetuadas durante o ano. No entanto, até à presente data não existe informação sobre esse montante, o qual poderá ter impacto no valor das compras, do custo das matérias consumidas e de outras contas a receber.
- O CHUP utiliza um sistema de banco de horas, contudo não dispõe de informação que permita mensurar corretamente os valores que devem ser compensados pelos ou aos colaboradores.
- Existem saldos a receber, num montante de 12,5 M€, no essencial relativos a entidades do Ministério da Saúde, relativamente aos quais subsistem dúvidas quanto à sua recuperabilidade.
- Relativamente às dívidas a pagar, o Revisor Oficial de Contas alerta para a existência de diferenças na conciliação dos saldos com as entidades circularizadas, o que pode indiciar uma subavaliação das responsabilidades no balanço do CHUP na ordem dos 2,5 M€.
- O EBITDA, que, em 2018, ascendeu a cerca de 51,7 M€ negativos, atingiu em 2019 um valor negativo de 33,5M€. A melhoria de resultados, ainda que negativos, deriva de um crescimento dos rendimentos, mais do que proporcional ao crescimento dos gastos.
- O património do CHUP encontra-se totalmente perdido, por um período de três exercícios económicos consecutivos, o que determina o enquadramento na situação prevista no n.º 3 do artigo 35º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro - Regime Jurídico do Setor Público Empresarial, segundo o qual:



Conselho Fiscal

“Nos casos em que as empresas públicas apresentem capital próprio negativo por um período de três exercícios económicos consecutivos, os órgãos de administração dessas empresas propõem obrigatoriamente ao titular da função acionista, em alternativa, medidas concretas destinadas a superar a situação deficitária ou a extinção das mesmas, num período que não ultrapasse 90 dias após a aprovação das contas do terceiro exercício em que se verifique a situação de capital próprio negativo.”

Nestas condições, o Conselho de Administração terá de agir em conformidade com o disposto na legislação referida.

- À semelhança do ano anterior, a 31 de dezembro de 2019 o montante de compromissos assumidos pelo CHUP era superior aos seus fundos disponíveis, calculados de acordo com o previsto na Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro (Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso).
- Foi dado cumprimento ao Princípio de Unidade da Tesouraria previsto no artigo 28.º do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, e no artigo 141.º da Lei n.º 71/2018, de 31 de dezembro (Orçamento do Estado para 2019), considerando que o CHUP obteve despacho favorável, da Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública - IGCP, E.P.E., para os de 2108 e 2019, ao seu pedido de exceção ao cumprimento do referido Princípio. No final de 2019, mantinha fora do Tesouro cerca de 14 mil euros.
- Em conformidade com o disposto no n.º 2 do artigo 54.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro (Regime Jurídico do Setor Empresarial Local), o Conselho Fiscal aferiu o cumprimento da exigência de apresentação do Relatório de boas práticas do governo societário, verificando que nele consta informação atual e completa sobre todas as matérias reguladas no Capítulo II da legislação citada.
- O Conselho Fiscal verificou terem sido cumpridas as orientações legais vigentes para o Setor Empresarial do Estado, designadamente o cumprimento das orientações relativas às remunerações vigentes em 2019, incluindo a manutenção da redução de 5% sobre a remuneração fixa mensal líquida dos gestores públicos, nos termos do artigo 12º da Lei nº 12-A/2010, de 30 de junho, e a elaboração do Relatório sobre remunerações pagas por género, de acordo com o nº 2 da Resolução do Conselho de Ministros nº 18/2014, de 7 março.
- Na presente data o Conselho de Administração considera que não é possível quantificar os impactos resultantes da pandemia do Covid-19, atendendo à imprevisibilidade da sua dimensão e duração.

PARECER

Face ao exposto, exceto quanto aos eventuais efeitos decorrentes das reservas constantes da Certificação Legal das Contas, o Relatório de Gestão, o Relatório de Governo Societário, as demonstrações financeiras e orçamentais e a proposta de aplicação dos resultados do exercício de 2019 merecem a concordância do Conselho Fiscal.



Conselho Fiscal

Desejamos ainda manifestar ao Conselho de Administração e aos serviços o nosso apreço pela colaboração prestada.

Porto, 23 de julho de 2020

A Presidente

Carla Manuel Serra Geraldes
Carla Geraldes

A Vogal

Maria das Dores Jose Silva
Maria das Dores Silva

O Vogal

Júlio Lobão
Júlio Lobão

4. Evidências da apresentação aos respetivos destinatários das Declarações a que se refere o artigo 52.º do RJSPE.
4.1. Declarações conforme nº1 do artigo 52º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro



À
Inspeção Geral de Finanças

Data : 15/03/2017

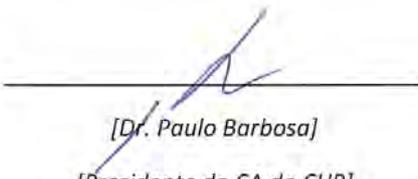
Assunto: Deveres de informação decorrentes do disposto no n.º 9 do art.º 22º do DL n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo DL n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e no n.º 1 do art.º 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

Paulo Jorge Barbosa Carvalho
NIF: 119654270
Nomeado Presidente do Conselho de Administração
Data de início do mandato: 10/02/2017
Data prevista de termo do mandato: 31/12/2019

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 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 do CA do CHP]



**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.

José Fernando da Rocha Barros
NIF: 133321983
Nomeado Diretor Clínico
Data de início do mandato: 10/02/2017
Data prevista de termo do mandato: 30/12/2019

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 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. **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]



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.

Élia do Céu da Costa Gomes
NIF: 174159862
Nomeada Vogal do Conselho de Administração
Data de início do mandato: 10/02/2017
Data prevista de termo do mandato: 31/12/2019

Empresa/Entidade: Centro Hospitalar do Porto
Tipo: Entidade Publica Empresarial
NIF: 508331471
Código Postal: 4050-001
Telefone: 222007361

Morada da Sede: Largo Professor Abel Salazar
E-mail: ca@chporto.min-saude.pt
Fax: 220900644

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

1. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.
2. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade:
3. **Não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

[Drª Élia Costa Gomes]

[Vogal do Conselho de Administração do CHP]



**À
Inspeção Geral de Finanças**

Data : 01-02-2019

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.

Rita Gonçalves Moreira
NIF: 212948830
Nomeada Vogal do Conselho de Administração
Data de início do mandato: 01/02/2019
Data prevista de termo do mandato: 31-12-2019

Empresa/Entidade: Centro Hospitalar Universitário 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 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, 27 de março que:

1. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.
2. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade:
3. **Não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

[Dr^a Rita Moreira]

[Vogal do Conselho de Administração CHUP]



**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.

Alfredo Eduardo Argulho Alves
NIF: 141800585
Nomeado Enfermeiro Diretor
Data de início do mandato: 10/02/2017
Data prevista de termo do mandato: 31/12/2019

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

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

1. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.
2. **Não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade;
3. **Não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

[Enfº Eduardo Alves]

[Enfermeiro Diretor do CHP]

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



DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA
(artigo 51º 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

(José Fernando da Rocha Barros)



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

Eu, Élia do Céu Costa Gomes, Vogal do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto EPE, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Porto, 15/03/2017

(Élia do Céu Costa Gomes)



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

Eu, Rita Gonçalves Moreira, 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, 01/02/2019

(Rita Gonçalves Moreira)



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, 15/03/2017

(Alfredo Eduardo Argulho Alves)

4.3. Emails

Sonia Patricia Garcia Galiza Calixto

De: Sonia Patricia Garcia Galiza Calixto
Enviado: 21 de agosto de 2019 11:03
Para: 'conselho.fiscal@chporto.min-saude.pt'; 'amendonca@pt-nexia.com'
Cc: Paulo Barbosa; CA DR. JOSÉ BARROS (jbarros.ca@chporto.min-saude.pt); Rita Moreira; CA DR ELIA; EDUARDO ALVES (eduardoalves.ca@chporto.min-saude.pt); 'sofiapires.auditoria@hgsa.min-saude.pt'; CA SEC PRESIDENTE EMILIA; CA SEC DIR CLINICA LUDOVINA; CA SEC FERNANDA
Assunto: Declarações decorrentes do DL 71/2007-Conselho de Administração do CHP,EPE
Anexos: 5 Declarações Mandato 2017-2019.pdf; 5 Declarações Independência.pdf

Ex.mos Senhores

Por indicação do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto EPE, de acordo com o estabelecido no nº 9 do artº 22 do DL nº71/2007 de 27 de março , alterado e republicado pelo DL nº 8/2012 de 18 janeiro e no nº1 do artº 52 do DL nº 133/2013 de 3 de Outubro, remeto em anexo as declarações dos respetivos membros, sendo que para a Dra Rita Moreira foram já enviadas pelo email de 25/02/2019.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional,

Com os cumprimentos,

Sónia Calixto
Secretariado da Direção Enfermagem
Secretariado do Vogal Executivo

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO, E.P.E.
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Largo Professor Abel Salazar
4099-001 Porto, Portugal

TEL Geral: +351 22 207 75 00 | EXT: 1320
TEL Direto: +351 22 090 06 43
FAX: +351 22 090 06 44
www.chporto.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



O conteúdo desta mensagem é da responsabilidade do remetente. Esta pode conter informação confidencial ou privilegiada, sendo o seu sigilo protegido por lei. Se não for o destinatário ou a pessoa autorizada a receber esta mensagem, não pode usar, copiar ou divulgar as informações nela contidas ou tomar qualquer ação baseada nessas informações. Se recebeu esta mensagem por engano, solicitamos que informe imediatamente o remetente e que a apague de imediato. O CHP não se responsabiliza por qualquer prejuízo ou dano causado a qualquer pessoa ou instituição em consequência da utilização indevida desta mensagem. A recolha e tratamento dos dados pessoais será realizada nos termos da nossa política de privacidade e proteção de dados (www.chporto.pt)

Sonia Patricia Garcia Galiza Calixto

De: Sónia Calixto <sonia.calixto@chporto.min-saude.pt>
Enviado: 17 de abril de 2017 15:42
Para: igfinancas@igf.min-financas.pt
Cc: geral@rga-auditores.pt; CONSELHO ADMINISTRAÇÃO (ca@chporto.min-saude.pt)
Assunto: Declarações decorrentes do DL 71/2007-Conselho de Administração do CHP,EPE
Anexos: 5 Declarações Mandato 2017-2019.pdf; 5 Declarações Independência.pdf; Dec.Dr.Paulo Barbosa.pdf; Dec.Prof. José Barros.pdf

Controlo:	Destinatário	Lida
	igfinancas@igf.min-financas.pt	
	geral@rga-auditores.pt	
	CONSELHO ADMINISTRAÇÃO (ca@chporto.min-saude.pt)	
	AUDITORIA SOFIA PIRES	
	Inspeção-Geral de Finanças	Lida: 17-04-2017 15:46
	Sofia Pires	Lida: 17-04-2017 16:33

Exmos Senhores

Por indicação do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto EPE, remeto em anexo as declarações dos respetivos membros, de acordo com o estabelecido no nº 9 do artº 22 do DL nº71/2007 de 27 de março , alterado e republicado pelo DL nº 8/2012 de 18 janeiro e no nº1 do artº 52 do DL nº 133/2013 de 3 de Outubro.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional,

Com os melhores cumprimentos,

Sónia Calixto



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

centro hospitalar
do Porto

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE
 Secretariado da Direção de Enfermagem
 Secretariado Vogal do Conselho Responsável Área Financeira e Sistemas Informação
 Largo Professor Abel Salazar, s/n
 4099-001 Porto, PORTUGAL
 TEL +351 222077500 / +351 220900643 EXT 1320
www.chporto.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



Sonia Patricia Garcia Galiza Calixto

De: Sonia Patricia Garcia Galiza
Enviado: 25 de fevereiro de 2019 15:29
Para: igfinancas@igf.min-financas.pt
Cc: 'CONSELHO ADMINISTRAÇÃO (ca@chporto.min-saude.pt)';
conselho.fiscal@chporto.min-saude.pt; amendonca@pt-nexia.com;
sofiapires.auditoria@chporto.min-saude.pt; 'CA DR PAULO BARBOSA'; Rita Moreira
Assunto: Declarações decorrentes do DL 71/2007-Conselho de Administração do CHP,EPE
Anexos: Declaração de Mandato.pdf; Declaração Independência.pdf

Exmos. Senhores

Por indicação do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário Porto EPE, remeto em anexo as declarações da Vogal do CA Dr^a Rita Moreira, de acordo com o estabelecido no n.º 9 do art.º 22 do DL n.º 71/2007 de 27 de março, alterado e republicado pelo DL n.º 8/2012 de 18 janeiro e no n.º 1 do art.º 52 do DL n.º 133/2013 de 3 de Outubro.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional,

Com os cumprimentos,

Sónia Calixto
Secretariado da Direção Enfermagem
Secretariado do Vogal Executivo

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO, E.P.E.
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Largo Professor Abel Salazar
4099-001 Porto, Portugal

TEL Geral: **+351 22 207 75 00** | EXT: 1320
TEL Direto: **+351 22 090 06 43**
FAX: **+351 22 090 06 44**
www.chporto.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



O conteúdo desta mensagem e da responsabilidade do remetente. Esta pode conter informação confidencial ou privilegiada, sendo o seu sigilo protegido por lei. Se não for o destinatário ou a pessoa autorizada a receber esta mensagem, não pode usar, copiar ou divulgar as informações nela contidas ou tomar qualquer ação baseada nessas informações. Se recebeu esta mensagem por engano, solicitamos que informe imediatamente o remetente e que a apague de imediato. O CHP não se responsabiliza por qualquer prejuízo ou dano causado a qualquer pessoa ou instituição em consequência da utilização indevida desta mensagem. A recolha e tratamento dos dados pessoais será realizada nos termos da nossa política de privacidade e proteção de dados (www.chporto.pt)

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

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.

Os documentos em apreço, Relatório e Contas e Relatórios do Governo Societário ambos de 2017 e 2018 foram em devido tempo colocados no SIRIEF para aí estarem disponíveis cumprindo a obrigação de divulgação.

Mais se informa que até à data não foi recebida no CHUP a deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação dos documentos de prestação de contas, incluindo o RGS, relativos a 2017 e 2018. Deste modo, por razões alheias ao CHUP, não é possível anexar o documento da aprovação de contas por parte dos titulares da função acionista do exercício de 2018.

