

HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE
Reunião do Conselho de Administração

Data: 2017/08/31 Ata n° 36

Deliberação:

Aprovada a 3ª versão do
Relatório de Governo Societário
do ano de 2016



Joaquim Barbosa
Presidente do
Conselho de Administração

Relatório de Governo Societário

2016

Hospital Santa Maria Maior, EPE

Relatório de Boas Práticas de
Governo Societário adotadas em
2016

Índice

I.	Síntese.....	3
II.	Missão, Objetivos e Políticas.....	5
III.	Estrutura de capital.....	8
IV.	Participações Sociais e Obrigações detidas.....	9
V.	Órgãos Sociais e Comissões.....	10
	A. Assembleia Geral.....	10
	B. Administração e Supervisão.....	10
	C. Fiscalização.....	23
	D. Revisor Oficial de Contas (ROC).....	23
	E. Auditor Externo.....	25
VI.	Organização Interna.....	26
	A. Estatutos e Comunicações.....	26
	B. Controlo interno e gestão de riscos.....	28
	C. Regulamentos e Códigos.....	32
	D. Deveres Especiais de Informação.....	34
	E. Sítio da Internet.....	35
	F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral.....	36
VII.	Remunerações.....	37
	A. Competência para a Determinação.....	37
	B. Comissão de Fixação de Remunerações.....	38
	C. Estrutura das Remunerações.....	38
	D. Divulgação das Remunerações.....	40
VIII.	Transações com partes Relacionadas e Outras.....	42
IX.	Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económicos, social e ambiental... 51	51
X.	Avaliação do Governo Societário.....	55
XI.	Anexos do RGS.....	57

21
20



NOTA À PRESENTE VERSÃO DO RELATÓRIO DE GOVERNO SOCIETÁRIO DO HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE DE 2016

A 3ª versão do Relatório do Governo Societário vem em sequência do cumprimento do ofício da Direção-Geral do Tesouro e Finanças, n.º 003863 de 21/08/2017, através do qual é solicitado apresentação de nova versão do referido relatório. Esta solicitação tem por base a apreciação da Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial (UTAM) através do Relatório de Análise n.º 249/2017, de 17 de julho de 2017.



3

I. Síntese

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 2016.

O Hospital Santa Maria Maior (HSMM) foi constituído como entidade pública empresarial (EPE) pelo do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho, regendo-se pelos Estatutos dos Hospitais EPE, constantes no anexo II do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro¹. O HSMM rege-se igualmente pelo Regime Jurídico do Sector Empresarial do Estado (DL n.º 133/2013, de 3 de outubro) e por outras normas especiais decorrentes do seu objeto social.

O presente relatório visa dar cumprimento ao disposto no artigo 54º do Regime Jurídico do Setor Empresarial do Estado, que estabelece no seu n.º 1 que “As empresas públicas apresentam anualmente relatórios de boas práticas de governo societário...” e no seu n.º 2 que “Compete aos órgãos de fiscalização aferir no respetivo relatório o cumprimento da exigência prevista no ponto anterior”.

No ano de 2016 podemos destacar como mudanças mais significativas, em matéria de boas práticas:

Desmaterialização das imagens de RX, deixando assim de ser utilizadas as películas tradicionais.

Foi dado início à acreditação de alguns serviços do HSMM, nomeadamente, Bloco Operatório, Unidade de Cirurgia de Ambulatório, Serviço de Patologia Clínica e Serviço de Imunohemoterapia, através do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, da Direção Geral de Saúde, baseado no Modelo de Acreditação de Unidades de Saúde da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia (Modelo ACSA Internacional), definido como modelo oficial de acreditação de unidades de saúde do Sistema de Saúde português.

Articulação entre o Hospital Santa Maria Maior e o ACES do Cávado III – Barcelos/Esposende, do qual resultou um projeto de internalização das análises clínicas, estando na sua fase final de elaboração. Este projeto permitirá que as análises prescritas nos centros de saúde possam ser efetuadas no hospital, com evidentes ganhos ao nível da eficiência dentro do SNS e também com claras vantagens para os utentes.

Mais recentemente, o Hospital Santa Maria Maior e o ACES do Cávado III – Barcelos/Esposende, por convite da tutela, integram o Projeto Piloto SNS Proximidade – Integração de Cuidados e Literacia na Saúde. Este projeto, profundamente inovador, abrange nesta primeira apenas a zona norte e dentro desta, três grupos de hospitais e ACES. Tem como objetivos principais desenvolver, ensaiar e avaliar um conjunto de procedimentos e instrumentos necessários para iniciar uma transformação qualitativa no sistema de saúde, através da integração de cuidados, gestão dos percursos dos utentes nos cuidados de saúde e investimento na capacitação do cidadão na promoção e proteção da sua saúde e na boa utilização dos serviços de saúde.

¹ O Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro, foram revogados pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

II. Missão, Objetivos e Políticas

1. Indicação da missão e da forma como é prosseguida, assim como da visão e dos valores que orientam a entidade.

O Hospital Santa Maria Maior, EPE (HSMM), tem por missão a prestação de cuidados de saúde de qualidade à população da sua área de influência, promovendo e assegurando, em simultâneo, o desenvolvimento dos seus profissionais, num quadro de eficiência e de eficácia.

A visão do HSMM é ser uma organização com os melhores indicadores na área de prestação de cuidados de saúde.

No desenvolvimento da sua atividade o HSMM e os seus colaboradores regem-se pelos valores: a) respeito pela dignidade humana; b) qualidade, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviços; c) atitude centrada no primado do doente; d) cultura de excelência técnica e do cuidar; e) cultura de valorização profissional, assente na qualificação, inovação e responsabilização.

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

O HSMM elaborou um Plano Estratégico para o triénio, o qual incluiu a definição de objetivos estratégicos, principais linhas de ação, plano de investimentos, mapa de pessoal, e projeções económico-financeiras, tendo por base as seguintes linhas de orientação estratégica:

- i. Atuação de acordo com as linhas traçadas pelo Ministério da Saúde (nomeadamente no que respeita à articulação);
- ii. Excelência na prestação de serviços e melhoria continuada da qualidade clínica (Clinical Governance);
- iii. Potenciação da participação ativa e motivada de todos os colaboradores;
- iv. Gestão eficiente de todos os recursos materiais e humanos que integram o hospital.

Objetivos Nacionais	Realizado 2016	Objetivo 2016	Grau de Cumprimento ⁴
Acesso			
Percentagem das primeiras consultas no total de consultas médicas (%)	35,3% ¹	35,00%	100,90%
Percentagem de utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado (%)	88,3% ¹	85,00%	103,90%
Percentagem das consultas externas c/ registo de alta no total da consulta externa (%)	15,5% ¹	15,00%	103,30%
Percentagem de inscritos em LIC (neoplasias malignas) com TE <= ao TMRG (%)	100% ³	97,00%	103,10%
Mediana de tempo de espera da LIC, em meses	3,2 ³	3,0	93,33%
Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	72,4% ¹	60,00%	120,00%
Percentagem, doentes sinalizados p/ RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados (%)	19,5% ¹	12,00%	120,00%

Objetivos Nacionais	Realizado 2016	Objetivo 2016	Grau de Cumprimento ⁴
Desempenho Assistencial			
Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de Diagnóstico	4,21% ¹	5,00%	115,80%
Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo (%)	1,01% ¹	1,00%	99,00%
Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas 1 ^{as} 48 horas	31,11% ¹	50,00%	62,20%
Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório (GDH) no total de cirurgias programadas (GDH) - para procedimentos ambulatorizáveis (%)	76,3% ¹	85,00%	89,90%
Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	3,4% ¹	3,90%	87,20%
Índice de Demora Média Ajustada	0,9734 ¹	1,0000	102,70%
Índice de Mortalidade Ajustada	1,059 ¹	0,9000	82,30%
Índice de Risco Segurança do Doente	3,7568 ¹	8,0000	0,00%
Percentagem de embalagens de medicamentos prescritos, que são genéricos	37,2% ²	52,00%	71,50%
Desempenho económico-financeiro ⁵			
Percentagem dos custos com horas extraordinárias, Suplementos e FSE (seleccionados), no total de custos com pessoal (%)	13,3%	12,00%	89,17%
Resultado antes juros, impostos, amortizações e depreciações (EBITDA) (€)	-862.757 €	0 €	0,00%
Acréscimo de Dívida Vencida (fornecedores externos) (€)	1.349.761 €	0 €	0,00%
Percentagem de proveitos operacionais extra contrato-programa, no total de proveitos operacionais (%)	7,72%	11,00%	70,18%
Objetivos Regionais	Realizado 2016	Objetivo 2016	Grau de Cumprimento ⁴
Redução do tempo de espera para a triagem médica da consulta externa (dias)	3,5 ³	5	120,00%
Taxa de Referência para a RNCCI (%)	8,6% ¹	10,80%	79,60%
Garantir o início do tratamento da retinopatia diabética em 30 dias	1 ¹	1	100,00%
Rácio Consultas Médicas / Urgências (%)	1,00 ¹	1,1	90,90%
Implementação das equipas inter-hospitalares de cuidados paliativos	0	100,0	0%
Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência a Antimicrobianos ⁶	-	100,0	-

¹ Fonte SICA (12/2016)

² Fonte SICA (11/2016)

³ Fonte HSM (12/2016)

⁴ 120% corresponde ao grau de cumprimento ajustado (máximo =120%)

⁵ Dados [Realizado 2016] provisórios; Fonte HSM

⁶ Dados ainda não disponíveis no SICA

Relativamente ao cumprimento dos objetivos nacionais, nomeadamente no que se refere aos objetivos de Acesso, com exceção da Mediana da LIC, cujo valor alcançado ficou ligeiramente aquém do esperado, todos os restantes objetivos foram integralmente cumpridos, dois dos quais tendo de ver o seu grau de cumprimento ajustado aos 120% (percentagem máxima admissível). Estes dados, evidenciam o excelente nível de desempenho verificado no HSMM relativamente ao Acesso.

No que ao desempenho assistencial diz respeito, salienta-se o cumprimento do Índice de Demora Média Ajustado e da Percentagem de Reinternamento em 30 dias. Pela negativa, salienta-se a Percentagem de embalagens de medicamentos genéricos, cujo grau de cumprimento se ficou pelos 71,50%. De salientar, no entanto, que o cumprimento deste objetivo não depende do desempenho do HSMM, uma vez que a decisão de aquisição do genérico cabe ao doente/farmacêutico no momento do aviamento em farmácia de oficina. Salienta-se ainda o Índice de Mortalidade ajustada, cujo cumprimento atingiu apenas os 82,30%. Relativamente a este objetivo, têm sido desenvolvidos esforços em torno da matéria relacionada com a codificação dos processos de internamento, com vista à prossecução da melhoria dos registos clínicos, daí resultando uma codificação adequada, com reflexos positivos ao nível deste e de outros indicadores. Relativamente ao objetivo Percentagem de Cirurgias da Anca efetuadas nas primeiras 48 horas, apesar de apenas se terem atingido os 62,20% de cumprimento, esta é uma percentagem que traduz um aumento muito expressivo face aos 21,50% verificados em 2015.

Relativamente aos Objetivos Regionais, é evidente o trabalho desenvolvido em torno do tempo de espera para triagem médica da consulta externa, assim como relativamente à dinâmica associada ao Tratamento da Retinopatia Diabética. Aquém do expectável, salienta-se o desempenho da Taxa de Referenciação para a RNCCI, assim como do Rácio de Consultas Médicas /Urgências, cujo resultado foi deveras condicionado pelo inesperado aumento do número de episódios de urgência realizados em 2016. Por apurar até esta data, encontram-se ainda os valores relacionados com a Implementação de equipas inter-hospitalares de Cuidados Paliativos, assim como a Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos.

Todos os objetivos enunciados são alvo de monitorização mensal, com o intuito de que os mesmos possam vir a ser alcançados e/ou melhorados.

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

A nível externo o HSMM, assim como outras instituições do SNS, é alvo de restrições orçamentais, nomeadamente no que concerne ao modelo de financiamento (subfinanciamento da atividade hospitalar), por outro lado, as restrições à contratação de recursos humanos adequados às necessidades, impossibilitam que o trabalho de equipa se desenvolva de forma mais funcional e eficiente.

A nível interno podemos considerar como fatores-chave:

- O empenho, motivação e qualidade dos recursos humanos;
- A envolvência dos profissionais na estratégia da Instituição;
- Formação constante dos profissionais;
- Acessibilidade com resposta dentro do TMRG;
- Equipamentos adequados para realização de MCDT, a realizar internamente, assim como, possibilidade de abertura ao exterior;
- Infraestruturas que permitam potenciar exploração das linhas de atividades existentes, assim como, eventualmente, novas valências.

21
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
8

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

Com vista à prossecução dos objetivos definidos e enunciados no Contrato Programa, em simultâneo com a ambição de prestar melhores níveis de acesso e de qualidade dos serviços prestados, foram desenvolvidas algumas estratégias, ações e medidas de potenciação e melhoria dos indicadores mais relevantes, tendo sempre em mente o serviço prestado ao utente.

Nesta matéria, o empenho dos vários serviços, em colaboração com o Conselho de Administração, foi essencial na dinamização dos processos executivos necessários para que se possam alcançar as metas definidas.

Desde logo foi levada a efeito a contratualização interna com cada um dos serviços assistenciais. Desta forma, foram negociados ambiciosos objetivos individuais para cada um dos serviços, de forma a atingir os objetivos globais da instituição, quer ao nível do acesso, desempenho assistencial e económico-financeiro.

Em paralelo, no decurso do ano, todos os indicadores em causa, individuais e coletivos, foram pormenorizadamente monitorizados, permitindo desta forma que, atempadamente, se pudessem levar a efeito as correções e ajustamentos possíveis e necessários, tendo em vista os objetivos institucionais definidos.

III. Estrutura de capital

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

O Hospital Santa Maria Maior (HSMM), pelo Decreto-Lei n.º 293/2002, de 11 de dezembro, foi transformado em sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, com a designação de Hospital Santa Maria Maior, S.A., com um capital social inicial de 9.980.000€, representado por 998 ações, com o valor nominal de 10.000€ cada.

Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho, transforma o HSMM em Entidade Pública Empresarial, com a designação de Hospital Santa Maria Maior, E.P.E., sendo o capital estatutário, de acordo com o Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, o mesmo montante do capital social da sociedade anónima, ou seja, 9.980.000€, constituído por uma dotação em numerário, realizada pelo estado. O capital estatutário é detido pelo Estado, e só pode ser aumentado ou reduzido por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Em 2009, através do Despacho n.º 22453/2009, de 12 de outubro, dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, o capital estatutário, do HSMM, foi aumentado para 14.689.302€.

Em 2010, o capital estatutário é reforçado em 1.000.000€, de acordo com o Despacho Conjunto dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, de 23 de dezembro de 2009, passando para 15.689.302€.

Em 2014, foi realizado novo aumento de capital no montante de 6.900.000€ destinado à liquidação do empréstimo que o HSMM constituiu com o Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do Serviço Nacional de Saúde, realizado através da entrega de 69 unidades de participação no Fundo, avaliadas pelo valor de 100.000€ cada.

Assim, em 31 de dezembro de 2016, o Hospital Santa Maria Maior detinha um capital estatutário no montante de 22.589.302€.

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

Não aplicável. O Estado é detentor da totalidade do capital.

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

Não aplicável. O Estado é o único acionista do HSMM e este não celebrou acordos parassociais.

IV. Participações Sociais e Obrigações detidas

1. Identificação das pessoas singulares (órgãos sociais) e/ou coletivas (entidade) que, direta ou indiretamente, são titulares de participações noutras entidades, com indicação detalhada da percentagem de capital e de votos imputáveis, bem como da fonte e da causa de imputação nos termos do que para o efeito estabelece o Código das Sociedades Comerciais (CSC) nos seus artigos 447.º e 448.º

Os membros do Conselho de Administração e o HSMM, EPE no exercício de 2016, não são titulares de participações qualificadas noutras entidades.

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

Durante o ano de 2016, não houve aquisição nem alienação de participações sociais.

O HSMM, EPE é Associado da entidade SUCH – Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, pagando para o efeito uma quota mensal no valor de €1500 (Mil e Quinhentos Euros), contribuindo, no exercício económico de 2016, com €18.000 (dezoito mil euros) a título de quotização.

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

Não aplicável. O Estado é detentor da totalidade do capital.

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

Não aplicável. O Estado é detentor da totalidade do capital.

V. Órgãos Sociais e Comissões

A. Assembleia Geral

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

O HSMM não tem Assembleia Geral, pelo que este ponto não lhe 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 HSMM não tem Assembleia Geral, pelo que este ponto não lhe é aplicável.

B. Administração e Supervisão

1. Identificação do modelo de governo adotado.

O HSMM é uma Entidade Pública Empresarial, estando sujeita aos poderes da tutela do Ministério da Saúde e Finanças. São órgãos do HSMM o Conselho de Administração, Fiscal Único e o Conselho Consultivo.

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

Nos termos dos Estatutos contantes do Anexo II do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterado e republicado Decreto-Lei 244/2012, de 9 de novembro e posteriormente pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro, adiante designados por Estatutos, os membros do Conselho de Administração são designados de entre individualidades que reúnam os requisitos previstos no Estatuto do Gestor Público e possuam experiência de gestão empresarial, preferencialmente na área da saúde, sendo o diretor clínico um médico, e o enfermeiro diretor um enfermeiro. A nomeação é feita mediante Resolução do Conselho de Ministros.

O Conselho de Administração em funções no período de 2013-2015 foi nomeado através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 11/2013, sob proposta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, e mantiveram-se em exercício de funções até 17 de março de 2016.

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 9/2016, de 29 de março, veio determinar a nomeação de um novo Conselho de Administração do HSMM, para o mandato de 2016-2018.

As competências específicas do Presidente do Conselho de Administração (PCA) constam do artigo 8º dos Estatutos. O PCA é substituído nas suas ausências e impedimentos pelo vogal por si designado.

As competências do Diretor Clínico constam do artigo 9º dos Estatutos, podendo este, no exercício das suas funções, ser coadjuvado por adjuntos, nomeados pelo Conselho de Administração, sob sua proposta.

As competências do Enfermeiro Diretor são as constantes do artigo 10º dos Estatutos, podendo este, no exercício das suas funções, ser coadjuvado por adjuntos, nomeados pelo Conselho de Administração, sob sua proposta.

O Conselho de Administração pode ser dissolvido perante as situações previstas no artigo 24º do EGP e artigo 14º dos Estatutos do Hospitais EPE ou livremente dissolvido por mera conveniência conforme determinado no artigo 26º do EGP.

O gestor público pode ser demitido quando seja individualmente imputável uma das situações previstas no artigo 35º do EGP ou livremente demitido por mera conveniência, de acordo com o estipulado no artigo 26º ou ainda renunciar ao cargo nos termos do artigo 27º do mesmo estatuto.

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

De acordo com os Estatutos dos Hospitais EPE, "O Conselho de Administração é composto por um presidente e um máximo de quatro vogais, que exercem funções executivas, em função da dimensão e complexidade do hospital E.P.E., sendo um dos membros o diretor clínico e outro o enfermeiro-diretor."

Nesta conformidade o Conselho de Administração do HSMM é composto por um presidente e três vogais, sendo um dos vogais o diretor clínico e outro o enfermeiro diretor, que exercem funções executivas.

De acordo com os Estatutos², o mandato do Conselho de Administração tem a duração de três anos renovável uma única vez, permanecendo estes no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo da renúncia a que houver lugar.

Todos os elementos do Conselho de Administração do HSMM iniciaram funções em 18 de março de 2016 e terminarão o mandato em 31 de dezembro de 2018.

² Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

[Handwritten signature]

Até 17-03-2016

Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação		Remunerações	
			Forma ⁽¹⁾	Data	Entidade Pagadora	O/D ⁽²⁾
2013-2015	PCA	Fernando Marques	Resolução Conselho de Ministros n.º 11/2013	30-04-2013	HSMM	D
2013-2015	VE	Augusta Morgado	Resolução Conselho de Ministros n.º 11/2013	30-04-2013	HSMM	D
2013-2015	DC	Rui Guimarães	Resolução Conselho de Ministros n.º 34/2015	12-06-2015	HSMM	O
2013-2015	ED	Celeste Pinto	Resolução Conselho de Ministros n.º 11/2013	30-04-2013	HSMM	D

12

Após 17-03-2016

2016-2018	PCA	Joaquim Barbosa	Resolução Conselho de Ministros n.º 9/2016, de 29/03	29-03-2016	HSMM	D
2016-2018	VE	Maria José Simões	Resolução Conselho de Ministros n.º 9/2016, de 29/03	29-03-2016	HSMM	D
2016-2018	DC	Rui Guimarães	Resolução Conselho de Ministros n.º 9/2016, de 29/03	29-03-2016	HSMM	O
2016-2018	ED	Manuel Joaquim Passos	Resolução Conselho de Ministros n.º 9/2016, de 29/03	29-03-2016	HSMM	D

Legenda:

⁽¹⁾ Resolução (R) / Assembleia Geral (AG) / Deliberação Unânime p Escrito (DUE) / Despacho (D); ⁽²⁾ O/D – Origem / Destino
 PCA - Presidente Conselho de Administração DC - Diretor(a) Clínico(a)
 VE - Vogal Executiva ED - Enfermeiro(a) Diretor(a)

4. Distinção dos membros executivos e não executivos do Conselho de Administração e, relativamente aos membros não executivos, identificação dos membros que podem ser considerados independentes, ou, se aplicável, identificação dos membros independentes do Conselho Geral e de Supervisão.

O Conselho de Administração é constituído apenas por membros executivos.

5. 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.

Joaquim Manuel Araújo Barbosa – Presidente do Conselho de Administração

I – Elementos de identificação:

Filho de: Manuel Carlos Oliveira Barbosa e de: Inês da Costa Araújo

Natural da freguesia de: Viatodos

Concelho de: Barcelos

Distrito: Braga

Nascido em: 12 de junho de 1965

Estado civil: Solteiro

Cartão de Cidadão nº 07420460 12ZZ6

Residência: Rua dos Lírios, Edifício Parque Ofir, Bloco A7, 2ºEsq., 4740-368 Fão

II – Habilitações académicas e profissionais:

Curso de Enfermagem Geral (1988) - Escola de Enfermagem Calouste Gulbenkian, Braga.

Licenciatura em Relações Internacionais (1995) — Ramo Relações Culturais e Políticas, Universidade do Minho, Braga

Pós-Graduação em Administração Hospitalar (1998) - Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa

Pós-Graduação em Sociologia (2005) — área de especialização em Sociologia da Saúde Universidade do Minho, Braga

III – Situação profissional atual:

Presidente do Conselho de Administração do Hospital Santa Maria Maior, E.P.E., em Barcelos (nomeação por Resolução nº 9/2016 da PCM publicada em D.R., II Série, nº 61, de 29/03/2016 para o triénio 2016-2018).

IV – Experiência profissional:

Administrador do 4.º grau do Quadro Único de Administradores Hospitalares, exercendo funções correspondentes a Administrador Hospitalar de 3.ª Classe em regime de Cedência de Interesse Público no Hospital da Senhora da Oliveira — Guimarães, E. P. E.

Desempenha, desde 1999, de diversos cargos de gestão intermédia hospitalar, designadamente, gestor de serviços hoteleiros, gestor de centros de responsabilidade e gestor de centros de produção; integrou diversos grupos de trabalho e comissões intra-hospitalares; integrou diversos júris de concursos de aquisição de bens e serviços.

Formador em diversas ações de formação no âmbito da qualidade em saúde e gestão hospitalar; participou em diversas ações de formação no âmbito da saúde.

Maria José Correia Simões - Vogal Executiva

I – Elementos de identificação:

Filho de: Guilherme Simões e de: Maria Alice Barros Correia

Natural da freguesia de: Arcozelo

Concelho de: Barcelos

Distrito: Braga

Nascido em: 24 de outubro de 1955, Barcelos

Estado civil: casada

Cartão de Cidadão nº 05704360 4ZY4

Residência: Rua da Estrada Nova, nº172, 4750-013 Abade do Neiva, Barcelos

II – Habilitações literárias e profissionais:

Pós-Graduação em Contabilidade Pública (2003) - Instituto Politécnico do Cávado e Ave (IPCA).

Licenciatura em Gestão de Empresas (1999) - pela Universidade do Minho.

Membro da Ordem dos Contabilistas Certificados com o n.º 60601 (2000).

III – Experiência profissional:

Atualmente, Vogal Executiva do Conselho de Administração do Hospital Santa Maria Maior, E.P.E., em Barcelos (nomeação por Resolução nº 9/2016 da PCM publicada em D.R., II Série, nº 61, de 29/03/2016 para o triénio 2016-2018).

2013-2015 - Diretora dos Serviços Financeiros do Hospital Santa Maria Maior EPE.

2013-2014 - Lecionou, no Instituto Politécnico do Cávado e Ave como professora convidada, a disciplina Organização e Gestão de Unidades de Saúde da Licenciatura em Informática Médica.

2010-2013 - Exerceu o cargo de Vogal Executiva do Conselho de Administração do Hospital Santa Maria Maior, E. P. E.

2007-2010 - Exerceu o cargo de Vogal Executiva do Conselho de Administração do Hospital Santa Maria Maior, E. P. E.

2008-2009 - Lecionou, no Instituto Politécnico do Cávado e Ave como professora convidada, a disciplina Sistema Nacional de Saúde da Licenciatura de Informática para a Saúde

1999-2007 - Responsável pelos Serviços Financeiros do Hospital Santa Maria Maior, Barcelos

2001-2005 - Orientadora de estágios dos alunos das Licenciatura de Contabilidade do IPCA e de Gestão da Universidade do Minho.

1996-2001 - Formadora e Responsável pela reorganização do serviço de Contabilidade a convite dos administradores do Hospital de Famalicão e Póvoa de Varzim.

Desde 1999 - Técnica Superior do Quadro de Pessoal do Hospital Santa Maria Maior.

Rui Nuno Machado Guimarães - Diretor Clínico

I – Elementos de identificação:

Filho de: Vítor Correia Guimarães e de Maria da Conceição Soares Mesquita Machado de Correia Guimarães.

Natural da freguesia de: Santa Cruz

Concelho de: Coimbra

Distrito: Coimbra

Nascido em: 15 de outubro 1976

Cartão de cidadão n.º 10736807 2ZY4

Residência: Rua Maria Ondina nº47, 6ºDireito, Fraião 4715-001 Braga

II – Habilitações literárias e profissionais:

Licenciatura em Medicina na Faculdade de Medicina Universidade de Coimbra (2000).

Pós -Graduação em Climatologia e Hidrologia na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (2001).

Mestrado em Saúde Ocupacional na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (2004).

Pós -Graduação em Gestão de Unidades de Saúde na Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho (2014).

Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde, AESE — Business School (2015).

III – Experiência profissional:

Diretor Clínico do Hospital Santa Maria Maior, EPE do Conselho de Administração do HSMM (desde 12 de junho de 2015, nomeado por Resolução n.º 34/2015 de 11 de junho, do Conselho de Ministros, publicada em Diário da República, 2ª série, n.º 122, de 25 de junho, para completar o mandato de 2013-2015 e também nomeado como Diretor Clínico para o mandato de 2016-2018 por Resolução n.º 9/2016, de 17 de março, do Conselho de Ministros, publicada em Diário da República, 2ª série, n.º 61, de 29 de março de 2016).

Coordenador Grupo de Trabalho do Doente Crítico no âmbito da Comissão de Acompanhamento da Informatização Clínica dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (desde 2015). Assistente Hospitalar do Serviço de Anestesiologia do Hospital de São Marcos — Braga (de 2006 a 2015). Organizador e formador no InANESTESIA (desde 2011). Responsável pela organização das Tertúlias de Anestesiologia (desde 2010). Coordenador da Unidade Funcional de Formação do Serviço Anestesiologia do Hospital de Braga (de 2010 a 2015). Membro da Direção da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (desde 2009). Membro do Conselho Científico do Centro Português do Comité Europeu para a Educação em Anestesiologia da European Society of Anesthesiology (desde 2009). Médico da Viatura Médica de Emergência e Reanimação do INEM do Hospital de São Teotónio e posteriormente do Hospital de São Marcos (de 2003 s 2011). Coordenador do Conselho Nacional do Médico Interno da Ordem dos Médicos (de 2003 a 2009). Vice –Chairmen Medical Training, Continuing Professional Development and Quality Improvement Subcommittee do Standing Committee of European Doctors (2009). Presidente do European Juniors Doctors (de 2005 a 2009). Presidente da Comissão Organizadora dos II, III e XIII Congresso Nacional de Medicina/IV Congresso Nacional do Médico Interno (de 2005 a 2007). Presidente da comissão organizadora do I MostrEM — Mostra de Especialidades Médicas (2006). Médico do Internato Complementar de Anestesiologia no Hospital de São Teotónio (de 2003 a 2006). Docente da Universidade Católica Portuguesa (de 2001 a 2006). Médico no SPA Termal de Alcafache e Termas do Carvalhal (de 2002 a 2005). Docente convidado na Escola Superior de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu (de 2003 a 2006). Membro da comissão de médicos internos do Hospital de São Teotónio (de 2001 a 2003). Médico do

Internato Geral no Hospital de São Teotónio (de 2001 a 2002). Membro do Senado da Universidade de Coimbra (de 1999 a 2001). Membro da Assembleia de Representantes da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (de 1997 a 1999). Membro do Conselho Diretivo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Manuel Joaquim de Brito Passos - Enfermeiro Diretor

16

I – Elementos de identificação:

Filho de: Manuel de Passos e de Silvina Soares de Brito

Natural da freguesia de: Friestas -Valença

Nascido em: 9 de março de 1964

Estado civil: Solteiro

Cartão de Cidadão nº 06665451 3ZZ6

Residência: Lugar das Barreiras, Friestas, 4930-271 Valença

II – Habilitações literárias e profissionais:

Curso de Enfermagem Geral pela Escola de Enfermagem de Viana do Castelo.

Licenciatura em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica pela Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa — Instituto Politécnico de Saúde do Norte.

Curso de Pós-graduação em Gestão de Unidades de Saúde pelo Instituto Politécnico de Saúde do Norte.

Curso de Pós-graduação em Enfermagem de Supervisão Clínica pelo Instituto Politécnico de Saúde do Norte.

Doutoramento em Gerontologia pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto/Universidade de Aveiro.

IV – Experiência profissional:

Vogal Executivo do Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. em Barcelos como Enfermeiro Diretor Santa Maria (nomeação por Resolução nº 9/2016 da PCM publicada em D.R., II Série, nº 61, de 29/03/2016 para o triénio 2016-2018).

1992-2016 - Enfermeiro, Enfermeiro Graduado e Enfermeiro Especialista nos serviços de Medicina e Cirurgia do Hospital de Santa Maria Maior de Barcelos

1992-2006 - Enfermeiro na área da saúde mental e psiquiátrica na Casa de Saúde de São José do Instituto São João de Deus — Barcelos

Desde 2008 Assistente convidado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e na Escola Superior de Saúde do Vale do Ave — Instituto Politécnico de Saúde do Norte (desde 2008).

Colaborador na Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos/UNIFAI do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar — Universidade do Porto. Colaborador no Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde/CINTESIS da Faculdade de Medicina — Universidade do Porto.

Colaborador no Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde/IINFACTS — Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário/CESPU. Membro da Ordem dos Enfermeiros.

Membro da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Membro da Comissão Científica e revisor científico da Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Conta com várias publicações científicas em revistas nacionais e internacionais.

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

Foi emitida pelos membros do Conselho de Administração declaração de não existência de quaisquer relações suscetíveis de gerar conflito de interesses com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, nos termos do artigo 52º do Decreto-Lei n.º 133/2013 (ver declarações em anexo).

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

Não aplicável. Os membros do Conselho de Administração não têm relações comerciais habituais e significativas com o Estado.

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

Compete ao CA garantir o cumprimento dos objetivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos e, em especial, as competências que lhe são reservadas no artigo 7º dos Estatutos.

Para além das competências específicas do Presidente do Conselho de Administração, do Diretor Clínico e do Enfermeiro Diretor, reservadas nos artigos 8º, 9º e 10º dos Estatutos, a cada membro do Conselho de Administração foi atribuída a responsabilidade dos seguintes pelouros:

	PCA	VE	DC	ED
	Joaquim Barbosa	Maria José Simões	Rui Guimarães	Joaquim Passos
Gabinete de Utente			X	
Gabinete Jurídico	X			
Secretariado do Conselho de Administração		X		
Serviço de Aprovisionamento		X		
Serviço de Auditoria Interna	X			
Serviço de Esterilização				X
Serviço de Formação e Desenvolvimento Profissional				X
Serviço de Gestão de Doentes	X			
Serviço de Gestão de Recursos Humanos	X			
Serviço de Gestão de Sistemas de Informação	X			
Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes		X		
Serviço Planeamento Apoio à Gestão	X			
Serviço Social			X	
Serviços Farmacêuticos			X	
Serviços Financeiros		X		
Serviços Hoteleiros				X
Unidade Funcional de Nutrição			X	
Unidade Funcional de Psicologia			X	

Existe delegação de competências, deliberação do Conselho de Administração, de 14 de julho de 2016 publicada em Diário da Republica, 2ª série – n.º 149 - Deliberação (extrato) n.º 1240/2016 – de 4 de agosto, podendo a Vogal Executiva autorizar a abertura de procedimentos, a sua adjudicação e pagamento de despesas até ao montante legalmente previsto de 75.000€, na locação e aquisição de bens e serviços, e nas empreitadas e obras públicas. Todas as restantes competências de gestão permanecem no Conselho de Administração.

9. Caracterização do funcionamento do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo, indicando designadamente:

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

O CA reúne ordinariamente uma vez por semana e, ainda, sempre e quando as circunstâncias o justificarem, o CA poderá reunir quando convocado pelo presidente ou solicitado por dois dos seus membros ou do fiscal único.

As decisões do CA são tomadas por maioria simples de votos dos membros presentes, exaradas nos documentos a que digam respeito e neles datados e assinados por todos os membros presentes.

Quando, na sequência de uma votação se verifique empate, o PCA tem, nos termos da lei, voto de qualidade.

Até 17/03/2016

Cargo	Nome	Reuniões CA 2016		
		Total Realizadas	Total Presenciadas	Grau Assiduidade
PCA	Fernando Marques	14	14	100%
VE	Augusta Morgado	14	14	100%
DC	Rui Guimarães	14	14	100%

PCA - Presidente Conselho de Administração DC - Diretor(a) Clínico(a) VE - Vogal Executivo

Desde 18/03/2016

Cargo	Nome	Reuniões CA 2016		
		Total Realizadas	Total Presenciadas	Grau Assiduidade
PCA	Joaquim Barbosa	43	43	100%
VE	Maria José Simões	43	38	88%
DC	Rui Guimarães	43	39	91%
ED	joaquim Passos	43	38	88%

PCA - Presidente Conselho de Administração DC - Diretor(a) Clínico(a)
VE - Vogal Executivo ED - Enfermeiro(a) Diretor(a)

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

Membro do CA	Acumulação de Funções		
	Entidade	Função	Regime
RUI GUIMARÃES	HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR EPE	ATIVIDADE MEDICA ¹⁾	LABORAL
JOAQUIM PASSOS	INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO	DOCENCIA ²⁾	PÓS-LABORAL

¹⁾ Despacho n.º 12730/2016, de 12 de novembro.

²⁾ Resolução n.º 9/2016, de 29 de março.

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

A avaliação do desempenho dos administradores executivos compete aos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e da saúde, de acordo com o artigo 6º do Estatuto do gestor Público.

Ainda nos termos da Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de março, os membros do órgão de fiscalização emitem anualmente um relatório de avaliação do desempenho dos gestores executivos.

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

O HSMM dispõe de comissões de apoio técnico que são órgãos de carácter consultivo que têm por função colaborar com o CA, por sua iniciativa ou a pedido deste, nas matérias da sua competência.

São órgãos de apoio técnico, constituídas de acordo com o Regulamento Interno do HSMM:

i. Comissão de ética (nomeada a 19 de fevereiro de 2016)

Composição:

Enf. Carlos Caldas Silva (Coordenador)
Dr.^a Júlia Pogeira (Assistente Social)
Dr. Luís Moniz (Jurista – Responsável SGRH) (até 29 de março de 2016)
Dr.^a Daniela Simões (Psicóloga)
Dr. Correia Ferreira (Médico ACES Cávado III Barcelos/Esposende)
Dr.^a Alexandra Menezes (Téc. Superior Saúde – Farmacêutica)
Dr. António da Costa Mendes Fonseca (Médico – Pediatra)

Competências e síntese das atividades desenvolvidas:

A comissão de ética tem como suas funções as que estão genericamente atribuídas no regime legal que instituiu as Comissões de Ética para a Saúde, assim como em legislação conexas, Códigos Deontológicos e Declarações ou Diretrizes Internacionais. Incumbe, fundamentalmente, à comissão de ética a emissão de pareceres e informações, que serão submetidas à apreciação do CA. A comissão apresenta anualmente um relatório sobre a sua atividade, o qual é submetido a CA para posterior divulgação.

ii. Comissão de qualidade e segurança do doente (nomeada a 19 de fevereiro de 2016)

Composição:

Dr. Fernando Marques (Presidente do CA) (até 17/03.2016)
Dr. Joaquim Barbosa (Presidente do CA) (desde 18/03/2016)
Dr. Rui Guimarães (Diretor Clínico)
Enf.^o Joaquim Passos (Enf.^o Diretor) (desde 18/03/2016)
Enf.^a Aura Gonçalves (C CIRA)
Enf.^a Laurinda Miranda (Enf.^a Chefe Medicina)
Dr.^a Ana Marta Dias (Assistente Social)
Dr.^a Maria João Peixoto (Téc. Superior Saúde – Farmacêutica)
Dr.^a Cristina Pereira (Auditoria Interna)
Enf.^a Joana Maranhão (Equipa de Gestão de Risco)
Enf.^a Maria Carreiras (Serviço de Formação e Desenvolvimento Profissional)

Competências e síntese das atividades desenvolvidas:

À comissão de qualidade e segurança do doente cabe a promoção e o desenvolvimento da qualidade e da segurança que possa satisfazer os objetivos estratégicos da instituição e lhe confira o reconhecimento de excelência, utilizando uma abordagem alicerçada no desenvolvimento de uma cultura de qualidade e segurança do doente e dos serviços.

iii. Comissão de controlo da infeção e resistência aos antimicrobianos (nomeada a 19 de dezembro de 2013)

Composição:

Enf.^a Aura Gonçalves (Coordenadora)
Dr. Carlos Oliveira (Médico – Medicina Interna)
Dr.^a Maria João Peixoto (Téc. Superior Saúde – Farmacêutica)
Dr.^a Filomena Reis (Téc. Superior Saúde – Patologia Clínica)
Dr.^a Maria Helena Ramos (Médica – Microbiologista HGSA)

Competências e síntese das atividades desenvolvidas:

À comissão de controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos compete:

- Supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de usos de antimicrobianos;
- Garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos;
- Garantir práticas locais de isolamento para contenção de agentes multirresistentes, assegurando a gestão racional dos recursos físicos existentes de acordo com a gestão de prioridades de risco e garantindo o fluxo de informação entre serviços e instituições;
- Garantir o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica de infeção e resistências aos antimicrobianos às unidades clínicas;
- Colaborar no processo de notificação das doenças de declaração obrigatória;
- Promover e corrigir práticas de prevenção e controlo de infeção;
- Promover e corrigir as práticas de uso de antibióticos;
- Ter como interlocutores privilegiados o diretor de serviço e o enfermeiro chefe de cada serviço clínico, podendo as ações de ordem prática ser dinamizadas por um médico e um enfermeiro de cada serviço, que funcionem como elos do processo;
- Fazer integrar as suas atividades no plano e relatório anual de atividades da respetiva comissão de qualidade e segurança, e no plano de atividades do programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos;
- Colaborar na formação dos profissionais na esfera do controlo de infeção hospitalar;
- Apresentar ao conselho de administração os resultados da vigilância epidemiológica e dos inquéritos de prevalência efetuados, o plano de ação anual bem como o relatório de atividades do ano anterior.

iv. Comissão de farmácia e terapêutica (nomeada a 19 de fevereiro de 2016)

Composição:

Dr. Carlos Oliveira (Adjunto da Direção Clínica, que preside)
Dr. Nuno Teixeira (Médico – Cirurgia Geral)
Dr.^a Maria João Peixoto (Téc. Superior Saúde – Farmacêutica)
Dr.^a Alexandra Menezes (Téc. Superior Saúde – Farmacêutica)

Competências e síntese das atividades desenvolvidas:

- Atuar como órgão consultivo e de integração entre os serviços de prestação de cuidados e o serviço de farmácia;
- Velar pelo cumprimento do formulário e suas adendas;

- Pronunciar-se, dentro do respeito das regras deontológicas, sobre a correção da terapêutica prescrita a doentes, sob solicitação do diretor clínico;
- Informar os planos de aquisição de medicamentos e orientar o seu consumo;
- Avaliar mensalmente os dados de consumo e as existências em medicamentos por centro de custo, incluindo os prescritos em ambulatório;
- Dar parecer sobre novos medicamentos a adquirir;
- Elaborar as adendas de aditamento ou exclusão, privativas do formulário de medicamentos;
- Definir e pôr em prática uma política de informação sobre medicamentos.

v. Comissão médica

Composição:

Dr. Rui Guimarães (Diretor Clínico)
Dr. Carlos Oliveira (Médico – Medicina Interna)
Dr. Alberto Magalhães (Médico – Dir. Bloco Operatório)
Dr. Pratas Baihau (Médico – Cirurgia)
Dr. Luís Miguel Silva (Médico – Ortopedia)
Dr.^a Goreti Lobarinhas (Médica – Pediatria)
Dr.^a Isabel Santos (Médica – Anestesiologia)
Dr. Tadeu Rocha (Médico – Patologia Clínica)
Dr.^a Íris ribeiro (Médica – Imuno-hemoterapia)
Dr. Nuno Pires (Médico – Resp. Unidade Pneumologia)
Dr. Joaquim Beleza (Médico – Resp. Unidade ORL)
Dr. Natacha Moreno (Médico – Resp. Unidade Oftalmologia)

Competências e síntese das atividades desenvolvidas:

- Acompanhar e avaliar, periodicamente e de modo sistemático a atividade clínica, designadamente os aspetos relacionados com o exercício da medicina e a formação dos profissionais.

vi. Direção de enfermagem

Composição:

Enf. Joaquim Passos (Presidente)
Enf.^a Fernanda Silva
Enf.^a Laurinda Amorim Miranda
Enf.^a Maria Conceição Sousa
Enf.^o Carlos Caldas
Enf.^o Rui Gomes
Enf.^a Luísa Albuquerque
Enf.^a Gracinda Natália Paredes
Enf.^a Maria do Carmo Soares

Competências e síntese das atividades desenvolvidas:

- Apreciar os aspetos relacionados com o exercício da enfermagem no HSMM e avaliar, periodicamente e de modo sistemático a atividade desenvolvida neste sector e a formação dos profissionais.

vii. **Direção de internato médico** (nomeada a 12 de agosto de 2015)

Composição:

Dr.ª Isalita Moura (Médica – Pediatria)

Competências e síntese das atividades desenvolvidas:

- Garantir adequadas condições de formação e integração dos médicos a frequentar o internato bem como, o cumprimento das normas legais vigentes sobre a matéria e os programas aprovados pelo Governo quanto às especialidades.

viii. **Núcleo hospitalar de apoio a crianças e jovens em risco (NHACJR)** (nomeação a 4 de julho de 2013)

Composição:

Dr.ª Ivone Teixeira (Médica – Pediatria)

Dr.ª Daniela Simões (Psicóloga)

Dr.ª Ana Maria Silva (Assistente Social)

Dr. Luís Moniz (Jurista) (até 29/03/2016)

Dra. Maria de La Salette (Solicitadora) (desde 07/06/2016)

Enf. Dulce Parente

Competências e síntese das atividades desenvolvidas:

Tem as competências emanadas no Despacho n.º 31292/2008 do Ministério da Saúde, publicado no D.R. n.º 236, 2.ª série de 05 de dezembro de 2008.

As competências dos órgãos de apoio técnico estão previstas na secção III do Regulamento Interno do HSMM.

C. Fiscalização

Não aplicável. O órgão de fiscalização é o Fiscal Único (ver ponto D).

D. Revisor Oficial de Contas (ROC)

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

O Fiscal Único é o Órgão responsável pelo controlo da legalidade e da boa gestão financeira e patrimonial do HSMM. É designado por despacho do membro do Governo e responsável pela área das finanças.



Nesta conformidade, foi nomeado para o triénio 2013-2015, pelo do Despacho n.º 1088/13 – SET, de 28 de maio, para Fiscal Único Efetivo a sociedade “Pontes, Baptista & Associados, SROC” n.º 209, representada pelo Sérgio Leonel Pinto da Costa Pontes, ROC n.º 1180. Licenciado em Gestão pelo Instituto Superior de Economia e Gestão – ISEG/UTL. Pós-graduado em Fiscalidade pelo Instituto Superior de Gestão – ISG. Mestre em Contabilidade e Auditoria pela Universidade Aberta. Doutoramento em Contabilidade pelo ISCTE. Docente do ensino superior. Formador (designadamente na OCC – Ordem dos Contabilistas Certificados; APOTEC; entre outras instituições de relevo nacionais e estrangeiras). Exerceu atividade de auditor numa multinacional bem como em sociedades de revisores de contas nacionais. Sócio Fundador da Pontes, Baptista & Associados, SROC. Publicou em co autoria os livros: “Controlo, risco e amostragem em auditoria: relações indissociáveis” (2002); Vislis; Lisboa; “Normas Internacionais de Contabilidade: Aplicação Prática das normas Internacionais de Relato Financeiro em Portugal” (2008), Verlag Dashöfer; “Anotações ao SNC (2009); Edição CTOC”; “SNC Comentado” (2009); Texto Editores. Membro do Conselho Científico da Associação Portuguesa dos Técnicos Oficiais de Contas (APOTEC). Membro do Conselho de Redação da Revista Auditores & Empresas da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas. Membro da Comissão para a Audição do SNC convidado pela Secretaria de Estado dos Assuntos Fiscais. Associado da Associação Fiscal Portuguesa e Ordem dos Técnicos Oficiais de Contas.

O Fiscal Único Suplente, nomeado pelo Despacho n.º 1088/13 – SET, de 28 de maio de 2013, é o Dr. Luís Fernando da Costa Baptista, ROC n.º 1198. Licenciado em Gestão pelo Instituto Novas Profissões – INP. Especializado em Auditoria pelo ISCTE. Docente de ensino superior. Formador (designadamente na OROC – Ordem dos Revisores Oficiais de Contas; OCC – Ordem dos Contabilistas Certificados, APOTEC, entre outras instituições de relevo nacionais e estrangeiras). Sócio Fundador da Pontes, Baptista & Associados, SROC. Tem experiência profissional de vários anos em auditoria financeira e processual e como diretor financeiro em grupo internacional na área de medicamentos. Publicou em coautoria os livros: “Anotações ao SNC (2009); Edição CTOC”; “SNC Comentado” (2009); Texto Editores. Associado da Ordem dos Técnicos Oficiais de Contas. Membro do Conselho Fiscal da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas.

O Fiscal Único designado está inscrito na CMVM sob o número 20161505.

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

O mandato do Fiscal Único tem a duração de três anos, renovável apenas uma vez, mantendo-se em funções até à designação de um novo titular ou à declaração ministerial de cessação de funções.

O termo do mandato do Fiscal Único Efetivo e do Fiscal Único Suplente é de 31 de dezembro de 2015.

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

A sociedade Pontes, Baptista & Associados, SROC exerce funções consecutivamente junto do HSMM desde 2010, representada pelo ROC, Dr. Sérgio Leonel Pinto da Costa Pontes, o que perfaz cerca de 7 anos.

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 inscrição na OROC	Nº registo na CMVM	Forma ⁽¹⁾	Data	Contratada		
2013-2015	Fiscal Único Efetivo	Pontes, Baptista & Associados, SROC/ Dr. Sérgio Leonel Pinto da Costa	209		D	28/05/2013	795,1	N A	7
2013-2015	Fiscal Único Suplente	Dr. Luís Fernando da Costa Baptista	1198		D	28/05/2013	-	N A	4

Legenda: ⁽¹⁾ Assembleia Geral (AG) / Deliberação Unânime p Escrito (DUE) / Despacho (D)

* 22,5% da remuneração mensal ilíquida do PCA

Nome	Remuneração Anual 2016 (€)			
	Bruto (1)	Reduções Remuneratórias (2)	Reversão Remuneratória (3)	Valor após Reduções ⁽¹⁾ (4) = (1) - (2) + (3)
Pontes, Baptista & Associados, SROC	10.043 €	788 €	286 €	9.541 €

⁽¹⁾ Verifica-se que o valor pago em 2016 ao Fiscal Único tinha pequenas incorrecções em alguns meses. À data de elaboração deste Relatório foi já emitida (com data de 2017) uma Nota de Crédito no montante de 286,21+IVA para regularizar esta situação.

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

Não são prestados outros serviços pela SROC ao HSMM.

E. Auditor Externo

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

Em conformidade com o disposto nos estatutos o HSMM não possui Auditor Externo embora, constantemente, o hospital seja auditado em diversas áreas por entidades externas.

No entanto, o Despacho n.º 53/2014, de 17 de setembro, do Ministério da Saúde, veio estabelecer a realização de auditorias externas às demonstrações financeiras do exercício de 2014, de todos os hospitais do SNS. Para o efeito, a SPMS, EPE desenvolveu um procedimento de Acordo Quadro para as entidades abrangidas por estas auditorias pudessem realizar aquisições para prestação de serviços de auditoria, de forma célere e continuada, sem necessidade de recurso a uma tramitação do procedimento de concurso público tendo, no caso do HSMM, sido adjudicada à "Oliveira, Reis & Associados, SROC, LDA.

Identificação do Auditor Externo (SROC/ROC)			Contratação		Remuneração Anual 2015 (€)			
Nome	N.º inscrição na OROC	N.º registo CMVM	Data	Período	Valor da Prestação de Serviços (1)	Redução Remuneratória (2)	Reversão Remuneratória (3)	Valor Final (4)=(1)-(2)+(3)
Oliveira, Reis & Associados, SROC, LDA	23	20161381	29-09-2015	60 dias ⁽¹⁾	4.566,38 €	-	-	4.566,38 €

26

⁽¹⁾Conforme contrato elaborado entre o HSMM e Oliveira, Reis & Associados, SROC "o prazo de de execução da prestação de serviços objeto contratual é no máximo de 60 (sessenta) dias úteis, a contar da data de envio da nota de encomenda ou comunicação similar".

O valor acima referido foi pago em 2016, mas diz respeito à Auditoria realizada em 2015.

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

Não aplicável. Em conformidade com o disposto nos estatutos o HSMM não possui Auditor Externo.

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

Não aplicável. Em conformidade com o disposto nos estatutos o HSMM não possui Auditor Externo

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

Não aplicável. Em conformidade com o disposto nos estatutos o HSMM não possui Auditor Externo

VI. Organização Interna

A. Estatutos e Comunicações

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

Os Estatutos do Hospital Santa Maria Maior, EPE encontram-se aprovados pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, na redação que lhe foi conferida pelo Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro e pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro.

De acordo com artigo 36º do Decreto-Lei n.º 133/2013, a alteração dos Estatutos das empresas públicas é realizada por Decreto-Lei, no caso de entidade pública empresarial, devendo os projetos de alteração ser devidamente fundamentados e aprovados pelo titular da função acionista.

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

De acordo com o disposto nos Estatutos, o HSMM dispõe de um Sistema de Controlo Interno e de Comunicação de Irregularidades, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao Auditor Interno a responsabilidade pela sua avaliação. Neste âmbito, foi aprovado pelo Conselho de Administração em 9 de janeiro de 2014, o Regulamento de Comunicação de Irregularidades do HSMM, que estabelece as regras e procedimentos que constituem o circuito de receção, processamento e tratamento da comunicação interna de irregularidades ocorridas no HSMM, relativas a factos que indiciem sobre:

- i. Violação de princípios e disposições legais, regulamentares e deontológicas por parte dos membros dos órgãos estatutários, trabalhadores, fornecedores de bens e prestadores de serviços no exercício dos seus cargos profissionais;
- ii. Dano, abuso ou desvio relativo ao património do HSMM ou dos utentes;
- iii. Prejuízo à imagem ou reputação do HSMM.

As comunicações de irregularidades devem ser efetuadas por escrito, através do e-mail criado para o processo (scirregularidades@hbarcelos.min-saude.pt) ou carta dirigida ao Serviço de Auditoria Interna.

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

O HSMM tem assumido uma postura proactiva na prevenção e deteção de situações de fraude e corrupção, através da sensibilização dos profissionais e definição e implementação normas e procedimentos que previnam a ocorrência destas práticas.

Os membros do Conselho de Administração cumprem o estabelecido sobre prevenção de conflitos de interesse, isto é, não intervêm em decisões que envolvam os seus próprios interesses e não mantêm relações relevantes com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesses.

Nos termos do estabelecido no artigo 51.º do decreto-lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, os membros do conselho de administração declararam que se abstêm de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas, conforme declarações anexas ao presente relatório.

Existe ainda um Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC) disponível em <http://www.hbarcelos.min-saude.pt/NR/ronlyres/0379BCF8-764E-4D76-8946-24C2B7709C8C/29862/PlanodeGest%C3%A3odeRiscosdeCorrup%C3%A7%C3%A3oeInfra%C3%A7%C3%B5esConexasa.pdf> no qual foram identificados os riscos e apresentadas medidas que ajudarão a prevenir a sua ocorrência e, anualmente, é elaborado um relatório de execução do mesmo (<http://www.hbarcelos.min-saude.pt/NR/ronlyres/0379BCF8-764E-4D76-8946-24C2B7709C8C/30226/Relat%C3%B3rioAnualdeExecu%C3%A7%C3%A3odoPlanodeGest%C3%A3odeRiscosdeC.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 entidade, de modo a proteger os investimentos e os seus ativos (este deve abarcar todos os riscos relevantes para a entidade).

O HSMM está organizado de acordo com as normas e critérios definidos pela tutela, existindo um regulamento interno, o qual prevê uma estrutura orgânica com base em serviços.

O hospital dispõe de vários mecanismos implementados que contribuem para a redução dos riscos relevantes, entre os quais o Serviço de Auditoria Interna.

De modo a proteger os investimentos e os seus ativos, o HSMM, tem vindo a desenvolver um modelo de controlo interno, compatível com a sua dimensão e complexidade, através da implementação de manuais de procedimentos e regulamentos em diversas áreas, nomeadamente:

- i. Manuais de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos:
 - Gestão de Contas a Receber e Gestão de Contas a Pagar;
 - Gestão de Compras;
 - Gestão de Imobilizado;
 - Gestão de Tesouraria;
 - Contabilidade Geral/ Orçamental/ Analítica;
 - Logística/ Farmácia;
- ii. Outros manuais/regulamentos
 - Regulamento de Comunicação de Irregularidades;
 - Regulamento de Transportes de Doentes não Urgentes;
 - Regulamento de Requisição/Prescrição de MCDT ao Exterior;
 - Regulamento de Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio;
 - Manual de Procedimentos de Combate ao Desperdício Alimentar;
 - Manual de Procedimentos do Fundo de Manelo;
 - Entre outros.

Paralelamente existem outros mecanismos de controlo interno e gestão de riscos implementados que ajudam a mitigar o risco, nomeadamente, a existência do código de ética, regulamentos dos serviços, circulares informativas.

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

Conscientes da relevância de um sistema de controlo interno eficaz e eficiente, e, no sentido de reforçar o sistema de controlo já existente, o CA autorizou em finais de fevereiro de 2017, o reforço do Serviço de Auditoria Interna com um técnico de auditoria, ficando assim o serviço composto por um auditor interno e um técnico de auditoria.



Ao SAI compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, no sentido de fornecer ao CA análises e recomendações sobre as atividades revistas para a melhoria do funcionamento dos serviços.

Compete ainda ao SAI, receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do HSMM.

Por outro lado, o Fiscal Único, nos termos das suas competências, acompanha e certifica as atividades do hospital, anualmente elabora um relatório e parecer sobre a governação e Certifica as Contas a apresentar à tutela.

Como mencionado no ponto A.3 deste capítulo, o HSMM elaborou um plano de gestão de riscos, cuja implementação e execução é da responsabilidade dos responsáveis/diretores das diversas áreas envolvidas.

Existem ainda vários colaboradores nomeados responsáveis pela implementação e controlo de diversas áreas, designadamente, higiene e segurança no trabalho, gestão de risco, controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos e qualidade e segurança do doente.

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

Ao nível do sistema de gestão de risco, foi aprovado o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (vide ponto VI.A.3), que estabelece que os riscos devem ser classificados em concordância com uma escala de risco alto, médio e baixo.

O grau de risco é definido em função de duas variáveis, a probabilidade de ocorrência das situações que comportam o risco e a gravidade das consequências das infrações que pode suscitar.

No PGRCIC estão sistematizados os riscos mais relevantes e respetivas medidas de diversas áreas, nomeadamente:

- Produção e Gestão de Utentes;
- Gestão de Existências;
- Compras;
- Gestão de Imobilizado;
- Gestão de Contas a Pagar;
- Gestão Contas a Receber;
- Gestão de Tesouraria;
- Sistemas de Informação;
- Recursos Humanos.

Paralelamente, o HSMM dispõe de outros planos e/ou políticas, de acordo com a tipologia dos riscos em causa, nomeadamente:

- i. Plano de Autoproteção em Segurança Contra Incêndios em Edifícios – elaborado pelo Serviço de Segurança no Trabalho, com parecer favorável da Autoridade Nacional de

Proteção Civil (ANCP), emitido em 14 de setembro de 2015. Faz ainda parte do documento o Plano de Prevenção e o Plano de Emergência Interno;

- ii. Política de Segurança e Saúde no trabalho - elaborado pelo Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho, aprovado pelo CA em setembro de 2013, através do qual se estabelece uma política e estratégia de segurança no trabalho no HSMM;
 - iii. Plano Anual de Auditoria Interna – elaborado anualmente pelo Serviço de Auditoria Interna e CA, o qual contempla ações de auditoria realizadas no âmbito das diversas áreas referenciadas nos Estatutos, nomeadamente, área contabilística, financeira, operacional, informática e de recursos humanos.
 - iv. Plano de Atividades Anual da Qualidade – coordenado pela Comissão da Qualidade e Segurança do Doente, o qual contempla diversas ações, nomeadamente, no âmbito da promoção da governação clínica, prevenção e controlo de infeções e resistências aos antimicrobianos, implementação de práticas seguras na utilização de medicação e na identificação inequívoca do doente, prevenção de ocorrência de úlceras de pressão e quedas.
4. **Explicitação, ainda que por inclusão de organograma, das relações de dependência hierárquica e/ou funcional face a outros órgãos ou comissões da entidade.**

O Serviço de Auditoria Interna depende, conforme definido nos Estatutos, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração.

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

Para além das áreas funcionais identificadas nos pontos anteriores, o HSMM, dispõe também de uma Equipa de Gestão de Risco, que desenvolve a sua atividade centrada na segurança do doente visando a melhoria contínua dos cuidados prestados.

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

No que respeita aos riscos económicos, como anteriormente referido, as restrições económicas do país, de um modo geral, e as limitações orçamentais e medidas de reestruturação aplicadas ao Serviço Nacional de Saúde, em particular, tem levado a dificuldades na acessibilidade da prestação de serviços de saúde, assim como, na adequação da oferta à procura crescente da população em cuidados de saúde.

Relativamente aos riscos financeiros, são de destacar a elevada dependência do financiamento por Contrato-Programa, o qual tem, consecutivamente, vindo a diminuir o preço por linha de produção, assim como, o valor global do contrato tem vindo sucessivamente a ser reduzido.

Em termos de riscos operacionais salientamos a dificuldade de realização de investimentos em equipamentos e infraestruturas, o que pode levar a perda de qualidade e diversidade dos serviços prestados.

Como riscos jurídicos são de referir os constrangimentos legais relativos à substituição de profissionais, nomeadamente, a necessidade de autorização da tutela para a renovação de



contratos e/ou contratação de novos profissionais, e a morosidade inerente a este fator, pondo por vezes em causa a prestação de cuidados.

Outro fator, em sede de jurídica, é o pagamento de custas de parte, decorrentes do decaimento de processos judiciais (art.º 533 – Código de Processo Civil). Nas custas de parte compreendem-se designadamente, e nos termos da lei, as seguintes despesas: taxas de justiça efetivamente pagas, remunerações e encargos suportados pela parte, e honorários do mandatário e despesas por este efetuadas.

31

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

Considera-se que um sistema de controlo interno e de gestão de risco deve ser concebido de modo a proporcionar confiança na concretização de objetivos da entidade.

O HSMM tem vários mecanismos implementados que permitem mitigar o risco, nomeadamente, manuais de procedimentos administrativos e contabilísticos, código de ética, regulamento interno do Hospital, regulamentos dos serviços, Auditor Interno, Fiscal Único, outros.

Os manuais e regulamentos procuram, essencialmente, estabelecer e divulgar de forma sistemática, simples e coerente, as melhores práticas de controlo interno em relação aos principais processos, tendo presente a segregação de funções e o impacto operacional e financeiro.

O HSMM possui auditor interno desde 2006 a quem compete proceder ao controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, no sentido de fornecer ao CA análises e recomendações sobre as atividades revistas para a melhoria do funcionamento dos serviços.

O Fiscal Único, nos termos das suas competências, é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do hospital.

No entanto, apesar da existência dos mecanismos acima apresentados, é preocupação da gestão identificar os potenciais riscos e respetivas medidas preventivas existentes em cada área/serviço.

Assim, a auditoria interna em conjunto com os responsáveis de cada serviço, efetuou um levantamento dos riscos e respetivas medidas preventivas das áreas e processos críticos. O risco foi graduado em função do grau da probabilidade de ocorrência e avaliado.

São ainda realizadas, periodicamente, auditorias internas a diversas áreas, nomeadamente, contabilística, financeira, operacional, informática, recursos humanos e área assistencial.

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

A divulgação de informação financeira é feita periodicamente, nomeadamente, através do Relatório Analítico do Desempenho Económico-financeiro, divulgado mensalmente no Site do Hospital, Relatório e Contas e Relatório do Governo Societário, divulgados anualmente no Site do hospital, e Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.



De acordo com o art.15º dos Estatutos, o fiscal único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial da instituição, competindo-lhe especificamente verificar a regularidade dos registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte, assim como dar parecer sobre o relatório de gestão do exercício e certificar as contas.

O processo de divulgação de informação financeira é também acompanhado por entidades externas, nomeadamente, Direção-Geral do Tesouro e Finanças, Tribunal de Contas, Administração Central do Sistema de Saúde.

C. Regulamentos e Códigos

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

O HSMM, EPE foi constituído como entidade pública empresarial (EPE) pelo do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho, regendo-se pelos Estatutos dos Hospitais EPE, constantes no anexo II do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro³. O HSMM rege-se igualmente pelo Regime Jurídico do Sector Empresarial do Estado, Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, e por outras normas especiais decorrentes do seu objeto social.

Na sequência do cumprimento do disposto nos Estatutos, o HSMM possui um regulamento interno, elaborado nos termos do artigo 22º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 9 de novembro, o qual foi homologado pela Administração Regional de Saúde do Norte, em 3 de dezembro de 2014, o qual encontra-se disponível para consulta no portal interno do hospital e no seu site em <http://www.hbarcelos.min-saude.pt/NR/rdoonlyres/F9EB7263-630C-489D-98C4-AA9F6641DEB9/28129/Circlnformativan56.pdf>. O Regulamento Interno estabelece os princípios de gestão e de funcionamento do HSMM, EPE, a respetiva estrutura organizativa e as competências dos serviços e unidades funcionais que o integram.

Os Serviços e Unidades regem-se pelo Regulamento Interno do hospital e ainda pelos regulamentos dos próprios serviços, os quais são divulgados internamente.

No relacionamento com os utentes e público em geral destacamos a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, o Regulamento de Visitas ao Internamento do Hospital e o Regulamento Transporte de Doentes não Urgentes em Ambulância, disponíveis para consulta no site do HSMM.

2. Referência à existência de um código de ética, com a data da última atualização, que contemple exigentes comportamentos éticos e deontológicos. Indicação onde este se encontra disponível para consulta, assim como indicação da forma como é efetuada a sua divulgação junto dos seus colaboradores, clientes e fornecedores. Informação sobre as medidas vigentes tendo em vista garantir um tratamento equitativo junto dos seus clientes e fornecedores e demais titulares de interesses legítimos, designadamente

³ O Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro, foram revogados pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

colaboradores da entidade, ou outros credores que não fornecedores ou, de um modo geral, qualquer entidade que estabeleça alguma relação jurídica com a entidade.

Em 11 de fevereiro de 2016, foram aprovadas as alterações e homologado o Código de Ética para a Saúde (CES) do HSMM.

A CES do HSMM no âmbito da sua atividade, e no cumprimento do Decreto-Lei n.º 97/95 de 10 de maio, tem como competências zelar pela observância de padrões de ética que devem ser respeitados no exercício das ciências médicas de modo a garantir o respeito pela dignidade da pessoa e seus direitos fundamentais, salvaguardando o exercício do consentimento, livre e esclarecido, como base no respeito pelo princípio da autonomia, por parte dos utentes, e o direito de objeção de consciência, por parte dos profissionais de saúde.

O código de Ética foi divulgado pelos colaboradores através de circular e também disponibilizado para consulta no portal interno do hospital e divulgado aos clientes/utentes e fornecedores através do site do HSMM.

Está disponível para consulta no site da internet (<http://www.hbarcelos.min-saude.pt/NR/ronlyres/F9EB7263-630C-489D-98C4-AA9F6641DEB9/29926/C%C3%B3digode%C3%89ticadoHSMMEPE1.pdf>).

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), assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação. Indicação relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor relativas à prevenção da corrupção e sobre a elaboração do Relatório Identificativo das Ocorrências, ou Risco de Ocorrências (vide alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro). Indicação do local no sítio da entidade onde se encontra publicitado o respetivo Relatório Anual de Execução do PGRCIC.

O HSMM, como anteriormente mencionado, possui um PGRCIC como instrumento de prevenção de fraudes internas e externas (<http://www.hbarcelos.min-saude.pt/NR/ronlyres/0379BCF8-764E-4D76-8946-24C2B7709C8C/29862/PlanodeGest%C3%A3odeRiscosdeCorrup%C3%A7%C3%A3oelInfra%C3%A7%C3%B5esConexasa.pdf>).

Nas áreas identificadas foi efetuado o levantamento dos riscos de corrupção e infrações conexas e respetivas medidas preventivas. O risco foi graduado em função do grau da probabilidade de ocorrência e avaliado.

Anualmente, é elaborado um relatório de execução do Plano (<http://www.hbarcelos.min-saude.pt/NR/ronlyres/0379BCF8-764E-4D76-8946-24C2B7709C8C/30226/Relat%C3%B3rioAnualdeExecu%C3%A7%C3%A3odoPlanodeGest%C3%A3odeRiscosdeC.pdf>), através do qual são identificadas, as medidas implementadas e resultados obtidos, medidas por implementar e motivos da não implementação, é efetuada ainda uma avaliação da necessidade de revisão dos riscos e controlos anteriormente identificados.

Tanto o Plano como o Relatório são enviados a diversas entidades, nomeadamente, Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), Inspeção-

Geral de Finanças (IGF), Direção-Geral do Tesouro e Finanças (DGTF), Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN).

D. Deveres Especiais de Informação

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

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

O HSMM não presta garantias financeiras.

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

As plataformas utilizadas são: Direção-Geral do Orçamento, Portal SIGO (Sistema de Informação de Gestão Orçamental) e SICA (Sistema de informação para Contratualização e Acompanhamento).

c) Planos de atividades e orçamento, anuais e plurianuais, incluindo os planos de investimento e as fontes de financiamento.

As plataformas utilizadas são: Direção-Geral do Orçamento - Portal SIGO e SIRIEF (Sistema de Recolha de Informação Económico-Financeira), da DGTF.

d) Orçamento anual e plurianual.

As plataformas utilizadas são: Direção-Geral do Orçamento, SICA e SIRIEF.

e) Documentos anuais de prestação de contas.

Site do HSMM e Plataforma da Direção-Geral do Tesouro e Finanças - SIRIEF (Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira) e ACSS.

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

Site do HSMM e Plataforma da Direção-Geral do Tesouro e Finanças - SIRIEF (Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira) e ACSS.

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

Para além do referido no ponto anterior, o HSMM divulga toda a informação relevante no site próprio na internet. O HSMM remete, ainda, toda a informação solicitada para a publicação no site do Setor Empresarial do Estado.

E. Sítio da Internet

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

- a) Sede e demais elementos mencionados no artigo 171º do CSC.

O Hospital Santa Maria Maior, EPE tem divulgado em http://www.hbarcelos.min-saude.pt/Contactos/Gerais/?sm=5_0 a sua sede e demais elementos mencionados no artigo 171º do CSC.

- b) Estatutos e regulamentos de funcionamento dos órgãos e/ou comissões.

http://www.hbarcelos.min-saude.pt/Hospital/Legislacao/?sm=0_2

<http://www.hbarcelos.min-saude.pt/NR/ronlyres/F9EB7263-630C-489D-98C4-AA9F6641DEB9/28129/Circlnformativan56.pdf>

Existem outros regulamentos de funcionamento publicados no portal interno do HSMM.

- c) Titulares dos órgãos sociais e outros órgãos estatutários e respetivos elementos curriculares, bem como as respetivas remunerações e outros benefícios.

http://www.hbarcelos.min-saude.pt/GovernoSociedade/Governo_Sociedade/?sm=6_0

http://www.hbarcelos.min-saude.pt/Hospital/Relatorio_Contas/?sm=0_3

- d) Documentos de prestação de contas anuais;

http://www.hbarcelos.min-saude.pt/Hospital/Relatorio_Contas/?sm=0_3

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

http://www.hbarcelos.min-saude.pt/Hospital/Relatorio_Contas/?sm=0_3

http://www.hbarcelos.min-saude.pt/GovernoSociedade/Governo_Sociedade/?sm=6_0

<http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Acordo-Modificativo-do-CP-HSMM.pdf>

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

<http://www.dgtf.pt/Sector-Empresarial-do-Estado-SEE/Informacao-sobre-as-Empresas?designacao=hospital+santa+maria+maior>



F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral

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

Foi celebrado um Contrato-Programa entre o Ministério da Saúde e o HSMM; EPE, o qual define para as várias linhas de produção as metas quantitativas a alcançar, assim como os objetivos de qualidade e eficiência económico-financeira. Da mesma forma são enunciados no documento a demonstração previsional de resultados, assim como o balanço previsional. Estes documentos, na sua vertente de proveitos têm por base a atividade previsional previamente definida.

2. Exposição das propostas de contratualização da prestação de serviço público apresentadas ao titular da função acionista e ao membro do governo responsável pelo respetivo setor de atividade, das quais deverão constar os seguintes elementos:

- a) Associação de metas quantitativas a custos permanentemente auditáveis.

O contrato-programa, como anteriormente referido, apresenta as metas quantitativas a alcançar e projeções económico-financeiras.

- b) Modelo de financiamento, prevendo penalizações em caso de incumprimento.

O HSMM é financiado com base na atividade realizada aos preços previstos no contrato-programa e ainda através de proveitos extra contrato, nomeadamente, de companhias de seguro, taxas moderadoras, etc. No que à atividade contratada diz respeito o hospital poderá incorrer em penalizações caso não cumpra com determinadas cláusulas enunciadas no contrato.

- c) Critérios de avaliação e revisão contratuais.

O contrato-programa é periodicamente monitorizado, sendo mensalmente enviados todos os dados associados com a atividade realizada.

O contrato-programa é revisto anualmente sob as premissas exaradas pela tutela.

- d) Parâmetros destinados a garantir níveis adequados de satisfação dos utentes.

O Acordo Modificativo ao Contrato-Programa define anualmente objetivos nacionais de qualidade, em termos de acesso e de desempenho assistencial, que visam garantir uma prestação de cuidados adequada e a satisfação dos utentes.

- e) Compatibilidade com o esforço financeiro do Estado, tal como resulta das afetações de verbas constantes do Orçamento do Estado em cada exercício.

Ano após ano, no momento da elaboração do contrato-programa têm sucessivamente vindo a ser colocadas restrições orçamentais, o que tem originado uma redução no orçamento disponível para o HSMM. Trata-se de um esforço transversal com reflexo ao nível do orçamento de Estado, em geral, e do orçamento do HSMM, em particular.

- f) Metodologias adotadas tendo em vista a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado e do grau de satisfação dos clientes ou dos utentes.

No sentido de potenciar a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado são de referir os inquéritos de satisfação realizados pelo HSMM como ferramenta que permite analisar e assim incrementar o grau de satisfação dos utentes.

Por outro lado, é de referir que o hospital iniciou em dezembro de 2016 um processo de acreditação em alguns serviços, nomeadamente, bloco operatório, Unidade de Cirurgia de Ambulatório, Serviço de Patologia Clínica e Serviço de Imunohemoterapia.

VII. Remunerações

A. Competência para a Determinação

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

Remuneração dos membros dos órgãos sociais:	
Conselho de Administração	[Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro - Estatuto do Gestor Público]; [Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro]; [Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro]; [Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março]
Fiscal Único	[Despacho n.º 764/SETF/2012 de 24/5, complementado pelo Despacho n.º 848-SET/2013, de 2/5]
Conselho Consultivo	[Não é remunerado] ⁴
Remuneração dos membros da Comissão executiva	Não aplicável.
Remuneração dos dirigentes	Não aplicável.

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

Os membros do Conselho de Administração têm pleno conhecimento dos deveres de abstenção de participar na discussão e deliberação de determinados assuntos e respeitam as correspondentes normas no exercício das suas funções, tendo feito a declaração prevista no artigo 22º n.º9, do Estatuto do Gestor Público.

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.

⁴ De acordo com o definido no artigo 18º dos Estatutos dos Hospitais.

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

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

B. Comissão de Fixação de Remunerações

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

Não aplicável. Não está previsto nos Estatutos dos hospitais a existência de uma Comissão de Fixação de Remunerações.

C. Estrutura das Remunerações

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

A remuneração dos membros do Conselho de Administração foi fixada de acordo com a classificação C atribuída às empresas, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março. Ainda de acordo com o disposto no mesmo diploma, durante a vigência do Programa de Assistência Económica e Financeira (PAEF), as remunerações a auferir efetivamente pelos membros do CA não podem exceder os montantes atribuídos à data de entrada em vigor das Resoluções do Conselho de Ministros n.ºs 16/2012, de 14 de fevereiro e 18/2012, de 21 de fevereiro, sem prejuízo da eventual opção pelo vencimento do lugar de origem nas novas nomeações, e encontram-se também sujeitas a reduções remuneratórias que a tomem por objeto.

Os membros do Conselho de Administração auferem, ainda, as regalias ou benefícios remuneratórios definidos no Estatuto do Gestor Público.

Aos membros do Conselho de Administração não é permitida:

- a) A utilização de cartões de crédito e outros instrumentos de pagamento, tendo por objeto a realização de despesas ao serviço da empresa; e
- b) O reembolso de quaisquer despesas que possam ser consideradas como despesas de representação pessoal.

No que respeita à remuneração do Fiscal Único efetivo, a mesma foi fixada tendo em conta o Despacho n.º 764/SETF/2012, de 24 de maio, complementado pelo Despacho n.º 848-SET/13, de 2 de maio. Foi determinado que a remuneração anual líquida do Fiscal Único efetivo fosse fixada com o limite máximo equivalente a 22,5% da quantia correspondente a 12 meses da remuneração mensal ilíquida atribuída ao Presidente do CA do HSMM, nos termos do n.º 8 do artigo 15º dos Estatutos. Conjugado com o estabelecido nos artigos 59º e 60º do Estatuto da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 487/99, de 16 de novembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 224/2008, de 20 de novembro.

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

Conselho de Administração

As remunerações em vigor, para o ano 2016, para os membros do Conselho de Administração são as seguintes:

Presidente do Conselho de Administração – valor mensal líquido: 3.719,78€, pago 14 vezes ao ano, acrescido de despesas de representação, no montante de 1.487,91€, pago 12 vezes ao ano.

Vogal Executiva – valor mensal líquido: 2.975,83€, pago 14 vezes ao ano, acrescido de despesas de representação, no montante de 1.190,33€, pago 12 vezes ao ano.

Diretor Clínico – valor mensal líquido: 3398,92€, pago 14 vezes ao ano, acrescido de despesas de representação, no montante de 1.190,33€, pago 12 vezes ao ano.

Enfermeiro Diretor – valor mensal líquido: 2.975,83€, pago 14 vezes ao ano, acrescido de despesas de representação, no montante de 1.190,33€, pago 12 vezes ao ano.

A estes valores são aplicadas as reduções previstas na Lei n.º 12-A/2010, de 30 de junho, e Lei n.º 75/2014, de 12 de setembro e a Lei n.º 159-C de 30 de dezembro.

Os membros executivos do Conselho de Administração podem auferir, ainda, as seguintes regalias ou benefícios remuneratórios, nos termos do estatuto do gestor público:

- a) Benefícios sociais de aplicação generalizada a todos os trabalhadores da empresa;
- b) Despesas associadas a comunicações cujo valor máximo é fixado por despacho do membro do Governo responsável pela área das finanças;
- c) Valores de combustíveis e portagens afetos às viaturas de serviço, sendo o limite máximo fixado em um quarto do valor do abono mensal para despesas de representação.

O ano de 2016 abrange a atividade de dois Conselhos de Administração diferentes, pelo que a informação acima deverá ser completada com a do ponto VII.D.1 do presente relatório.

Fiscal Único

Ano 2013 – 2016

Fixada pelo n.º 2 do Despacho n.º 1088/13 do SET, de 28 de maio, a remuneração anual líquida do fiscal único será a constante do contrato de prestação de serviços a celebrar, em harmonia com o estabelecido nos artigos 59.º e 60.º dos Estatutos da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, com o limite máximo equivalente a 22,5% da quantia correspondente a 12 meses do vencimento de base mensal líquido atribuído, nos termos legais, ao presidente do conselho de administração do Hospital Santa Maria Maior, EPE.

Ao valor mensal determinado será aplicada a redução prevista na Lei n.º 75/2014, de 12 de setembro, bem como as reduções futuras que vierem a ser legalmente definidas.

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.



Foram assinados, em 2016, pelo Sr. Secretário de Estado da Saúde, contratos de gestão com referência ao mandato 2016-2018, os quais preveem a existência de uma componente variável da remuneração, determinada em função do valor apurado para o Indicador Global de Desempenho, descrita nos referidos contratos.

De referir ainda que o contrato programa se encontra em consonância com o Plano Estratégico do Hospital e com os Contratos de Gestão dos membros do Conselho de Administração.

No entanto, no ano de 2016 não foi atribuída, aos elementos do Conselho de Administração, componente variável da remuneração.

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

Não existente.

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

De acordo com o nº1 do Anexo II dos contratos de gestão para o mandato 2016-2018 dos membros do Conselho de Administração, a atribuição de prémios de desempenho encontra-se dependente do que estiver fixado por lei, sendo ainda certo que as remunerações a auferir efetivamente pelos membros do Conselho de Administração não podem exceder os montantes existentes à data de 01/03/2012, nos termos do nº21 da Resolução de Conselho de Ministros nº 16/2012, de 9 de fevereiro.

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.

No ano de 2016, os membros do conselho de administração não possuíram complementos de pensões e/ou de reforma antecipada atribuídos pelo HSMM.

D. Divulgação das Remunerações

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

As remunerações dos membros do CA estão indicadas no ponto "6.5 – orientações legais ao nível das remunerações", do Relatório e Contas de 2016.

Estatuto do Gestor Público

Membro do CA	Fixado (S/N)	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)	
			Vencimento	Despesas de representação
Fernando Marques a)	3 719,78 €	C	3 719,78 €	1 487,91 €
Augusta Morgado a)	2 975,82 €	C	2 975,82 €	1 190,33 €
Rui Guimarães a)	4 107,03 €	C	4 107,03 €	1 190,33 €
Joaquim Barbosa a)	3 719,78 €	C	3 719,78 €	1 487,91 €
Maria Jose Simões a)	2 975,83 €	C	2 975,83 €	1 190,33 €
Joaquim Passos a)	2 975,83 €	C	2 975,83 €	1 190,33 €

a) S/N ; RB; DR - s/reduções 5% e sem reduções da Lei nº 75/2014 de 12.09 e Lei 159-C/2015 de 30.12

41

Remuneração Anual - 2016 €

Nome do CA	Fixa (1)	Variável (2) ^(*)	Valor Bruto (3)=(1)+(2)	Reduções	Reversões	Valor Bruto Final (6)=(3)-(4)+(5)
				Remuneratórias (4)	Remuneratórias (5)	
Fernando Marques	€ 13 366	€ 711	€ 14 078	€ 1 639	€ 971	€ 13 409
Augusta Morgado	€ 11 693	€ 7 392	€ 19 085	€ 1 716	€ 1 033	€ 18 402
Rui Guimarães	€ 63 568	€ 17 693	€ 81 261	€ 5 941	€ 2 557	€ 77 878
Joaquim Barbosa	€ 49 126	€ 6 262	€ 55 388	€ 3 579	€ 937	€ 52 746
Maria José Simões	€ 38 542	€ 4 954	€ 43 496	€ 2 721	€ 610	€ 41 385
Joaquim Passos	€ 38 542	€ 4 956	€ 43 498	€ 2 952	€ 841	€ 41 388
			€ 256 806	€ 18 548	€ 6 949	€ 245 207

Legenda: (*) S/F/N/Retroativos RB+SF/ano 2015 e Compensação férias n/gozadas

Benefícios Sociais (€)

Membro do CA	Valor do Subsídio de Refeição		Regime Proteção Social		Seguro de Vida	Seguro de Saúde	Outros telemovel	Outros sindicato
	Diário	Encargo anual da entidade	Identificar	Encargo anual da entidade				
Fernando Marques	4,27 €	256,20 €	CGA/ADSE	3.297,36 €	- €	- €	- €	- €
Augusta Morgado	4,27 €	264,74 €	S. Social	4.096,38 €	- €	- €	14,90 €	- €
Rui Guimarães	4,27 €	101,99 €	S. Social/ADSE	17.775,70 €	- €	- €	- €	556,33 €
Joaquim Barbosa	4,27 €	781,41 €	CGA/ADSE	11.071,53 €	- €	- €	- €	- €
Maria José Simões	4,27 €	802,76 €	CGA/ADSE	9.660,25 €	- €	- €	- €	- €
Joaquim Passos	4,27 €	900,97 €	S. Social	9.752,19 €	- €	- €	- €	254,04 €
				55.653,41 €	- €	- €	14,90 €	810,37 €

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

O HSMM não participa ou está em domínio com qualquer outra entidade, deste modo, o presente ponto não se aplica,

- Remuneração paga sob a forma de participação nos lucros e/ou de pagamento de prémios.

Conforme descrito no ponto anterior este ponto não se aplica ao HSMM.

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

Em 2007 foi exonerado o Conselho de Administração deste Hospital.

No seguimento desse processo de exoneração e já de acordo com sentença proferida no âmbito de respetivo processo judicial entretanto intentado, o Hospital e o Estado Português foram condenados solidariamente a pagar ao Autor da ação (ex membro do Conselho de Administração que exerceu funções até 30/04/2007) e a título de indemnização, a quantia de 20.136,48€, acrescida de juros desde 26/04/2007 (foi entendimento do Tribunal que essa indemnização era devida por efeito da exoneração do cargo).

O total dos juros pagos foi de €7 602,21.

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

O órgão de fiscalização é o Fiscal Único, representado pela sociedade Pontes, Batista & Associados, SROC.

A remuneração auferida pelo Fiscal Único está indicada no ponto “6.5 – orientações legais ao nível das remunerações” do Relatório e Contas de 2016 e no ponto V. D do presente relatório.

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

Não aplicável por não existir este órgão.

VIII. Transações com partes Relacionadas e Outras

1. Mecanismos implementados para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas.

O HSMM não dispõe de código ou regulamento para transações com partes relacionadas, contudo, em 2016, o mesmo não se aplicou porque não existiram quaisquer transações entre membros dos órgãos sociais e o HSMM, nem entre o HSMM e entidades terceiras relacionadas por meio de qualquer interesse comercial ou pessoal com membros dos órgãos sociais do HSMM.

No entanto, de forma a mitigar esse risco, é exigida uma “Declaração de Inexistência de Incompatibilidades”, declarada pelos membros de júri dos procedimentos de aquisição de medicamentos e dispositivos médicos.

2. Informação sobre outras transações:

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

A tramitação procedimental sobre aquisição de bens e serviços é a seguinte:

I – Decisão de Contratar



[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
43

Esta decisão é tomada, nos termos do artº 36º do CCP, na sequência da verificação, por parte do Hospital (Conselho de Administração, Diretores/Chefes de Serviços), da existência de uma necessidade, da sua completa caracterização e da identificação do meio adequado à sua satisfação, o qual consistirá no objeto do contrato a celebrar.

A decisão de contratar cabe ao Conselho de Administração que autoriza a despesa e delibera nesse sentido, dando essa indicação ao Serviço de Aprovisionamento.

II – Legislação aplicável

O Hospital para aquisição de bens e serviços aplica os procedimentos previstos no Código dos Contratos Públicos (CCP), aprovado pelo Decreto-Lei nº 18/2008, de 29 de janeiro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei 149/2012, de 12 de julho, bem como, a Diretiva n.º 2004/18/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de março, alterada pelo REGULAMENTO (CE) nº 1336/2013 da Comissão de 13 de dezembro de 2013.

Para o efeito, aplica, o disposto na Lei 8/2012, de 21 de fevereiro (Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso – LCPA), assim como, o disposto no Decreto-Lei 127/2012, de 21 de junho, que contempla as normas legais disciplinadoras dos procedimentos necessários à aplicação da Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso, aprovada pela LCPA.

Aplica, também, a Diretiva 2014/25/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de fevereiro de 2014 relativa aos contratos públicos celebrados pelas entidades que operam nos setores da água, da energia, dos transportes e dos serviços postais e que revoga a Diretiva 2004/17/CE, a Diretiva 2014/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de fevereiro de 2014 relativa aos contratos públicos e que revoga a Diretiva 2004/18/CE.

Aplica, ainda, o previsto na Lei n.º 96/2015, de 17 de agosto, que regula a disponibilização e a utilização das plataformas eletrónicas de contratação pública, transpõe o artigo 29.º da Diretiva 2014/23/UE, o artigo 22.º e o anexo IV da Diretiva 2014/24/UE e o artigo 40.º e o anexo V da Diretiva 2014/25/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de fevereiro de 2014, revoga o Decreto-Lei n.º 143-A/2008, de 25 de julho e a Portaria n.º 701-G/2008, de 29 de julho.

III – Escolha do Procedimento

Acordos quadro (artigo 251º e seguintes)

As aquisições de bens e serviços na Administração Pública têm uma tramitação pré-procedimental e procedimental que comportam várias fases, reguladas no Código dos Contratos Públicos, bem como em diplomas enquadradores, despesa pública, aquisição de bens ao abrigo de Acordos Quadro (ESPAP), aquisições de serviços (DGAEP) ou aquisições de bens e serviços de tecnologias de informação (AMA) ou aquisições plurianuais (LCPA).

Nos termos da Portaria nº 227/2014 de 6 de novembro, as atividades de compras centralizadas específicas da área da saúde constituem atribuição da SPMS — Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E

A pedido dos SPMS, e, no âmbito de Acordos Quadro em vigor, os SPMS agregam as necessidades do Hospital, com quem celebra contratos de mandato administrativo, acompanhados da informação de "cabimento". A tramitação decorre sobre a responsabilidade dos SPMS, no âmbito do CCP.



A adjudicação é comunicada ao Hospital pelos SPMS, assim como, é nos enviada toda a documentação relativa ao procedimento. Após a adjudicação é celebrado contrato escrito com o adjudicatário.

Centrais de compras (artigo 260º e seguintes)

O Catálogo de Aprovisionamento Público de Saúde é um instrumento facilitador da aquisição de bens e serviços, através de Contratos Públicos de Aprovisionamento, utiliza a Internet como meio de comunicação:

- Disponibiliza informação atualizada sobre os bens e serviços existentes nos contratos públicos de aprovisionamento e respetivos concursos públicos;
- Permite a consulta "on-line" sobre os concursos públicos, incluindo os programas de concurso e cadernos de encargos, admitindo a apresentação da proposta via internet;
- Permite a comparação "on-line" dos bens e serviços constantes do catálogo para ajuda à decisão de compra;
- Importação de dados previamente selecionados para processamento e impressão, incluindo formulários para proceder a consultas e encomendas.

Neste âmbito, o Serviço de Aprovisionamento do Hospital, após a decisão e autorização da despesa, por parte do Conselho de Administração, órgão competente para a decisão de contratar, consulta o catálogo e efetua a aquisição/compra ao fornecedor que apresenta o mais baixo preço.

Contratação excluída (alínea f) do nº 4 do art.º 5º do CCP)

Os contratos de aquisição de serviços que tenham por objeto os serviços de saúde, incluídos na categoria 25, da Tabela constante do Anexo VII ao Regulamento (CE) nº 213/2008, da Comissão, de 28 de Novembro de 2007, (que alterou a tabela constante Anexo II B à Diretiva nº 2004/18/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março de 2004), corresponde a nomenclatura CPV, com os números de referência 74511000- 4 e de 85000000-9 a 85323000-9 (exceto 85321000-5 e 85322000-2), estão abrangidos pela exceção prevista na alínea f), do nº4, do artigo 5º, do Código dos Contratos Públicos (CCP), pelo que não lhes é aplicável a Parte II do CCP, ou seja, contratação pública excluída. Nestas situações é respeitado o disposto no art.º 74º CCP, preço mais baixo ou proposta mais economicamente mais vantajosa. Os contratos são celebrados no seguimento da decisão de contratar e de autorização da despesa deliberada pelo Conselho de Administração, órgão com competência para autorizar a despesa.

Setores especiais (art.º 7º a 15º do CCP)

Na contratação pública dos designados setores especiais, setores da energia, dos serviços postais, dos transportes e da água, regulada pelos art.º 7º a 15º do CCP e pela Diretiva 2014/25/EU do Parlamento Europeu e do Conselho de 26 de fevereiro de 2014, e, na falta de Acordo Quadro, o Serviço de Aprovisionamento submete os respetivos contratos à aprovação e autorização do Conselho de Administração, que os outorga, não lhes sendo aplicável a parte II do CCP.

[Handwritten signature]
45

Contratação Pública (Parte II do CCP)

No seguimento da decisão de contratar e da autorização da despesa, o Serviço de Aproveitamento avalia as necessidades exatas (em quantidades) do Hospital, faz uma pesquisa/consulta de preços, elabora o "Auto de Abertura", que submete ao Serviço de Gestão Financeira para informação de "Cabimento". O mesmo auto faz referência ao objeto do procedimento, ao valor máximo do contrato, à escolha do tipo de procedimento e respetiva fundamentação, que submete ao Conselho de Administração, órgão com competência para autorizar a despesa (art.º 38º do CCP), para aprovação da escolha do tipo de procedimento e para designação do júri (nº1 do art.º 67º CCP), caso aplicável.

O tipo de procedimentos, a praticar pelo Hospital, no âmbito da sua normal atividade, são os seguintes, nos termos do CCP e dos limiares comunitários:

TIPO DE CONTRATO	LEGISLAÇÃO	EMPRESAS DE OBRAS PÚBLICAS	LOCAÇÃO OU AQUISIÇÃO DE BENS E AQUISIÇÃO DE SERVIÇOS	ENTIDADES CONVIDADAS	FORMA
PROCEDIMENTO	TRAMITAÇÃO PROCEDIMENTAL	VALORES SEM IVA			
AJUSTE DIRETO SIMPLIFICADO	128º E 129º CCP	≤ 5.000	≤ 5.000	Convite a uma/várias entidades	Enviado por correio eletrónico
AJUSTE DIRETO GERAL*	122º A 127º CCP	<150.000	<75000	Convite a uma/várias interessados	Enviado por correio eletrónico e/ou plataforma eletrónica "Vortal"
CONCURSO PÚBLICO COM PUBLICAÇÃO DE ANÚNCIOS NO JOUE	REGULAMENTO (U.E) Nº 1336/2013 DE 13/12	25.186.000	2134.000	Convite a vários interessados	Procedimento disponibilizado na plataforma eletrónica "Vortal", e publicação no DR e JOUE
CONCURSO PÚBLICO SEM PUBLICAÇÃO DE ANÚNCIOS NO JOUE	130º A 154º (NORMAL); 155º A 161º (URGENTE)	< 5.186.000	< 134.000	Convite a vários interessados	Procedimento disponibilizado na plataforma eletrónica "Vortal", e publicação no DR
CONCURSO LIMITADO POR PRÉVIA QUALIFICAÇÃO COM PUBLICAÇÃO DE ANÚNCIOS NO JOUE	REGULAMENTO (U.E) Nº 1336/2013 DE 13/12	25.186.000	2134.000	Convite a vários interessados	Procedimento disponibilizado na plataforma eletrónica "Vortal", e publicação no DR e JOUE
CONCURSO LIMITADO POR PRÉVIA QUALIFICAÇÃO SEM PUBLICAÇÃO DE ANÚNCIOS NO JOUE	162º A 203º CCP	< 5.186.000	< 134.000	Convite a vários interessados	Procedimento disponibilizado na plataforma eletrónica "Vortal", e publicação no DR

* Não podem ser convidadas a apresentar proposta, as entidades às quais a entidade adjudicante já tenha adjudicado, na sequência de procedimentos adotados em função do valor, no ano económico em curso e nos dois anos económicos anteriores, propostas para celebração de contratos cujo objeto contratual seja constituído por prestações do mesmo tipo ou idênticas e cujo preço contratual acumulado seja ≥75.000,00 euros

IV – Publicitação dos anúncios

Os anúncios relativos a procedimentos por concurso público e concurso limitado por prévia qualificação são publicitados no Diário da República, mediante anúncio enviado à Imprensa Nacional – Casa da Moeda, através de meios eletrónicos (<https://dre.pt/>), e no JOUE nas situações em que o valor ultrapasse os limiares comunitários.

A publicação dos anúncios é efetuada, no caso dos concursos públicos urgentes, no prazo máximo de 24 horas.

V - Peças do Procedimento

Aprovação das peças do procedimento

No seguimento da decisão de escolha do tipo de procedimento, as peças dos procedimentos (art.º 40º do CCP), elaboradas em função do objeto a contratar, são submetidas à aprovação do Conselho de Administração, órgão competente para a decisão de contratar, após análise e aprovação pelo Júri do procedimento, e, são as seguintes, para cada tipo de procedimento:

Procedimento	Peças
Ajuste Direto Simplificado*	Dispensa qualquer formalidade
Ajusto Direto	Convite à apresentação de propostas (artº 40º e 189º CCP) Caderno de encargos (artº 42º CCP)
Concurso Público	Programa do procedimento (artº 41º e 132º CCP) Caderno de encargos (artº 42º CCP)
Concurso Limitado por prévia Qualificação	Programa do procedimento (artº 41º e 132º CCP) Convite à apresentação de propostas (artº 40º e 189º CCP) Caderno de encargos (artº 42º CCP)

* A adjudicação pode ser feita diretamente sobre fatura ou documento equivalente; o prazo de vigência do contrato não pode ser superior a um ano; o preço contratual não é passível de revisão.

O CCP (n.º 6 do artigo 132.º e n.º 6 do artigo 189.º) estabelece que, quer as normas do programa do procedimento, quer as do convite à apresentação das propostas prevalecem sobre quaisquer indicações constantes dos anúncios com elas desconformes.

Programa de Procedimento (art.º 41 e 132º do CCP)

O programa de procedimento destina-se a definir os termos a que obedece a fase de formação do contrato.

Caderno de encargos (art.º 42 do CCP)

O caderno de encargos é o documento que contém, ordenado por artigos numerados, as cláusulas jurídicas e técnicas, gerais e especiais, a incluir no contrato a celebrar. As cláusulas do caderno de encargos dizem respeito a aspetos da execução do contrato a celebrar, a saber: o preço, o prazo, a qualidade, a garantia, as características, etc.

1 – Aspetos, da execução do contrato, submetidos à concorrência:

Um aspeto da execução do contrato tradicionalmente submetido à concorrência é o preço. Pode ser totalmente submetido à concorrência se for dada inteira liberdade aos concorrentes para proporem o seu preço, ou, pode ser parcialmente submetido à concorrência se for imposto um limite, ou seja, um preço máximo. Neste caso, a concorrência opera do preço máximo para baixo.

Outro aspeto da execução do contrato frequentemente submetido à concorrência é a qualidade. Relativamente a este aspeto é comum fixarem-se requisitos mínimos, que funcionam como limites a partir dos quais opera a concorrência do mercado.

O CCP designa estes limites mínimos e máximos como parâmetros base (n.ºs 3 e 4 do mesmo artigo).

As propostas que violem esses parâmetros base devem ser excluídas, nos termos da alínea b) do n.º 2 do artigo 70.º.

Acresce que todos os aspetos submetidos à concorrência pelo caderno de encargos devem corresponder a fatores/subfatores de avaliação das propostas, conforme n.º 1 do artigo 75.º, nos casos em que o critério de adjudicação é o da proposta economicamente mais vantajosa.

2 – Aspetos, da execução do contrato, não submetidos à concorrência: o caderno de encargos também pode conter aspetos, da execução do contrato, não submetidos à concorrência, conforme n.º 5, art.º 42º do CCP.

47

Envio do convite (n.º 4 do art.º 115º do CCP)

O convite é acompanhado do caderno de encargos e enviado por correio eletrónico e/ou por transmissão eletrónica de dados através de publicação na plataforma “Vortal”.

Esclarecimentos e retificação das peças do procedimento (art.º 50º do CCP)

Os esclarecimentos necessários à boa compreensão e interpretação das peças do procedimento, solicitados pelas entidades convidadas, por escrito, no primeiro terço do prazo fixado para a apresentação das propostas e são prestados, também por escrito, até ao termo do segundo terço do prazo fixado para a apresentação das propostas.

O órgão competente para a decisão de contratar pode, se o achar conveniente, proceder à retificação de erros ou omissões das peças do procedimento nos termos e no prazo previstos para a prestação de esclarecimentos.

Os esclarecimentos e as retificações das peças do procedimento são disponibilizados na plataforma eletrónica e/ou através de e-mail, conforme utilização efetuada pelo Hospital no envio do convite e caderno de encargos, juntamente com as peças do procedimento (se alteradas), sendo todas as entidades convidadas e imediatamente notificadas do esclarecimento/retificação.

Erros e omissões do caderno de encargos (art.º 61º do CCP)

Até ao termo do quinto sexto do prazo fixado para a apresentação das propostas, as entidades convidadas apresentam uma lista na qual identificam, expressa e inequivocamente, os erros e as omissões do caderno de encargos detetados.

A apresentação dessa lista por qualquer entidade convidada suspende o prazo fixado para a apresentação das propostas.

As listas com a identificação dos erros e das omissões detetados pelos concorrentes são disponibilizadas na plataforma eletrónica “Vortal”, sendo todas as entidades convidadas imediatamente notificadas dessa disponibilização.

VI – Júri do procedimento (art.º 67º a 69º do CCP)

Nos casos em que é convidada mais do que uma entidade, o Conselho de Administração, órgão competente para a decisão de contratar, designa um júri para conduzir o procedimento, em número ímpar, composto por três membros efetivos (um dos quais preside) e por dois suplentes.

O júri inicia o exercício das suas funções no dia útil subsequente ao do envio do anúncio para publicação ou do envio do convite, só funciona quando o número de membros presentes na





reunião corresponda ao número de membros efetivos. O júri pode, ainda, designar um secretário, com a aprovação do respetivo dirigente máximo.

Competências do Júri (art.º 69º do CCP)

São competências do Júri, proceder à apreciação das candidaturas, proceder à apreciação das propostas e elaborar os relatórios de análise das candidaturas e das propostas.

Não é competência do Júri a decisão sobre a adjudicação, competência do Conselho de Administração, órgão competente para a decisão de contratar.

VII – Proposta

Conceito de Proposta

A proposta é o documento pelo qual o concorrente manifesta a sua vontade de contratar e indica as condições em que se dispõe a fazê-lo, a qual deve ser assinada pelo concorrente ou representante do mesmo.

Apresentação e Elementos da Proposta

Os documentos que constituem a proposta são apresentados, no prazo fixado, diretamente na plataforma eletrónica “Vortal” e/ou por e-mail, consoante o meio eletrónico usado para envio do convite e caderno de encargos.

Quando qualquer documento dos que constituem a proposta não possa ser apresentado através de meio de transmissão escrita e eletrónica de dados, este pode ser enviado em invólucro opaco e fechado, no rosto do qual se deve indicar a designação do procedimento e deve ser entregue diretamente ou enviado por correio registado, dentro do prazo fixado.

Nos casos devidamente fundamentados, a data limite para a entrega de propostas pode ser prorrogada a pedido dos interessados, a prorrogação do prazo beneficia todos os interessados, sendo-lhes comunicado pelos meios tidos por convenientes.

Análise e avaliação das propostas e esclarecimentos sobre as mesmas (n.º 2 do artigo 70.º, artigo 72.º, artigo 122.º e n.ºs 2 e 3 do artigo 146.º)

O júri analisa e avalia as propostas, pedindo aos concorrentes esclarecimentos sobre as mesmas, se for necessário.

Os esclarecimentos sobre as propostas (artigo 72.º do CCP) prestados pelos respetivos concorrentes fazem parte integrante das mesmas.

Estes esclarecimentos são disponibilizados na plataforma eletrónica “Vortal”, todos os concorrentes são imediatamente notificados dessa disponibilização.

VIII – Relatório preliminar (art.º 122º do CCP)

Após análise e avaliação das propostas, o júri elabora um relatório preliminar, no qual propõe a ordenação das propostas. Propõe, também, a exclusão das propostas por qualquer dos motivos previstos nos n.ºs 2 e 3 do art.º 146.º do CCP.

O relatório preliminar faz, ainda, constar referência aos esclarecimentos prestados pelos concorrentes (n.º 3 do artigo 122.º).

IX - Audiência prévia (art.º 123º do CCP)

O júri envia o relatório preliminar a todos os concorrentes, fixa-lhes um prazo, não inferior a 5 dias, para que se pronunciem, por escrito, ao abrigo do direito de audiência prévia.

Durante a fase de audiência prévia, os concorrentes têm acesso às atas das sessões de negociação e às informações e comunicações escritas de qualquer natureza que estes tenham prestado, bem como às versões finais das propostas apresentadas.

X - 13.º Relatório final (art.º 124º do CCP)

O júri elabora um relatório final, devidamente fundamentado, no qual pondera as observações dos concorrentes efetuadas ao abrigo do direito de audiência prévia, se aplicável, mantendo ou modificando o teor e as conclusões do relatório preliminar.

Quando do relatório final resulte uma alteração da ordenação das propostas constante do relatório preliminar, o júri procede a nova audiência prévia restrita aos concorrentes interessados.

O relatório final, juntamente com os demais documentos que compõem o procedimento, é enviado para deliberação pelo Conselho de Administração, órgão competente para a decisão de contratar.

XI - Adjudicação (art.º 73º a 78º do CCP)

O Conselho de Administração, órgão competente para a decisão de contratar, decide sobre a aprovação de todas as propostas contidas no relatório final, nomeadamente para efeitos de adjudicação (n.º 4 do artigo 124º).

A decisão de adjudicação é comunicada, em simultâneo, a todos os concorrentes, sendo notificado dado ao adjudicatário um prazo para apresentar os documentos de habilitação (nº 4 do art.º 126º do CCP) e prestar caução, se esta for devida, indicando-se, expressamente, o seu valor (art.º 77º do CCP).

XII - Apresentação de documentos de habilitação (art.º 81º a 84º e 126º do CCP)

O adjudicatário é notificado a apresentar os seguintes documentos de habilitação:

- Certidão do registo criminal (enquanto documento comprovativo da não condenação por crimes de participação em atividades de uma organização criminosa, corrupção, fraude ou branqueamento de capitais);
- Algum dos documentos de habilitação previstos no artigo 81.º, se o órgão competente para a decisão de contratar assim o exigir (artigo 126.º).

O adjudicatário apresenta os documentos de habilitação através de correio eletrónico ou de plataforma eletrónica "Vortal" (nº 1 do art.º 83º do CCP).

Quando os documentos de habilitação (com exceção da declaração emitida conforme modelo constante do anexo II ao CCP) se encontrem disponíveis na Internet, o adjudicatário pode, em alternativa, indicar à entidade adjudicante o endereço do sítio onde aqueles podem ser consultados, bem como a informação necessária a essa consulta.

XIII - Prestação da caução e celebração do contrato (art.º 88º a 106º do CCP)

Caucão

Sempre que o preço contratual é igual ou superior a 200.000€, é obrigatória a prestação de caução, o CCP fixa em 5% desse preço.

Abaixo de 200.000€ o Hospital pode prescindir da prestação de caução ou, em alternativa, reter 10% do valor dos pagamentos a efetuar (desde que esta faculdade esteja prevista no caderno de encargos).

Pode não ser exigida a prestação de caução quando o adjudicatário apresente seguro da execução do contrato, nos termos previstos no n.º 4 do art.º 88º do CCP.

O modo de prestação da caução encontra-se regulado no art.º 90º do CCP. Caso o adjudicatário não preste a caução por facto que lhe seja imputável, a adjudicação caduca e o órgão competente para a decisão de contratar deve adjudicar a proposta ordenada em lugar subsequente (art.º 91º do CCP).

Contrato

A minuta de contrato é submetida à aprovação do Conselho de Administração. Seguidamente, é enviada ao adjudicatário para aceitação, sendo-lhe fixado o prazo de cinco dias subsequentes à respetiva notificação, para que se pronuncie, findo o qual se considera aceite.

Só é admissível reclamação contra a minuta quando dela constem obrigações não contidas na proposta ou nos documentos que servem de base ao procedimento.

Não é exigida a celebração de contrato escrito quando as aquisições e locações de bens e serviços são de valor inferior a € 10.000,00 (dez mil euros), e, se trate da aquisição de bens de consumo ou serviços que sejam urgentes e inadiáveis ao funcionamento corrente do Hospital, mediante decisão fundamentada do Conselho de Administração, e, nestes casos, sempre que estas forem dispensadas pelo Conselho de Administração.

Nestes casos, é assegurado que os documentos que servem de base ao procedimento contêm as condições essenciais do fornecimento dos bens ou serviços, designadamente o seu objeto, preço, condições de pagamento, prazo de entrega ou de execução e garantias.

A celebração de quaisquer contratos é publicitada, pelo Hospital, no portal BaseGov, dedicado aos contratos públicos. Da publicitação da referida ficha depende a eficácia do respetivo contrato.

b) Transações que não tenham ocorrido em condições de mercado.

Não foram efetuadas compras fora das condições do mercado.

- c) Lista de fornecedores que representem mais de 5% dos fornecimentos e serviços externos.

Os Fornecimentos e Serviços Externos (FSE), totalizam, em 2016, o valor de 4.749.336,79 €, sendo que 5% dos mesmos representam o valor de 237.466,84 €.

Na tabela seguinte, apresentamos a lista de fornecedores cujos valores de FSE representam mais de 5% do total dos custos desta rubrica:

Fornecedor	NIF	Valor
ARS NORTE, IP	503135593	826.818,21 €
GS24 - HEALTHCARE SOLUTIONS, S.A.	507824652	415.081,59 €
SUCH - SERVIÇO DE UTILIZAÇÃO COMUM DOS HOSPITAIS	500900469	259.185,20€
CIMB - CENTRO IMAGEM MEDICA DE BARCELOS, LDA	501422773	250.632,26€
EDP COMERCIAL - COMERCIALIZAÇÃO DE ENERGIA, S.A.	503504564	240.716,61 €

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

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

Esta informação consta do n.º 2 e 3 do ponto II do presente relatório.

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

O HSMM, assim como outras instituições do SNS, depende maioritariamente do financiamento da atividade hospitalar através do Contrato Programa. As estratégias seguidas foram desenvolvidas no Plano Estratégico.

Assim, o HSMM tem vindo a adotar políticas de modo a garantir a eficiência económica e financeira, nomeadamente:

- Ajustamento no financiamento das prestações de serviço do SNS;
- Aumento da cobrança de receitas próprias;
- Redução dos custos com pessoal;
- Redução dos custos com medicamentos, materiais, subcontratos e fornecimentos e serviços;
- Desenvolvimento e implementação de metodologia de contratualização interna;

Do ponto de vista social, o HSMM tem vindo a desenvolver um vasto conjunto de práticas de responsabilidade social designadamente em parceria com outras entidades (ver ponto IX.3.a) do presente relatório).



52

A nível ambiental, o HSMM tem desenvolvido políticas em torno de vários eixos estratégicos, nomeadamente os referidos no ponto IX.3. b). do presente relatório.

Para salvaguarda das normas de qualidade o HSMM dispõe de uma Comissão da Qualidade e Segurança do Doente, à qual cabe a promoção e o desenvolvimento da qualidade e da segurança que possa satisfazer os objetivos estratégicos da instituição e lhe confira o reconhecimento de excelência, utilizando uma abordagem alicerçada no desenvolvimento de uma cultura de qualidade e segurança do doente e dos serviços.

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

a) Política de responsabilidade social e de desenvolvimento sustentável.

O Hospital tem vindo a desenvolver um vasto conjunto de práticas de responsabilidade social designadamente em parceria com outras entidades, com o objetivo de obtenção de um maior desenvolvimento local, combatendo os problemas sociais diagnosticados na sua área de influência, nomeadamente:

- O Hospital é parceiro na rede social, tem cooperado na implementação do “Plano de Desenvolvimento Social do Concelho de Barcelos,” participando ativamente no processo de constituição de equipas e disponibilização de recursos humanos para a sua execução nas diferentes temáticas.
- O hospital está integrado no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, designado por SNIPI, que consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento.
Neste âmbito, foram nomeados dois profissionais médicos do Serviço de Pediatria do HSMM, um para coordenador da Equipa Local de Intervenção Precoce designada por ELI7, e outro para coordenador da Equipa Local de Intervenção Precoce designada por ELI6, os quais semanalmente, disponibilizam 2 horas cada um para avaliação de crianças referenciadas para o SNIPI.
- Outro fator são as crianças e jovens em risco que têm vindo a merecer, nas últimas décadas, uma maior atenção por parte da sociedade e, em especial, das entidades com competência em matéria de vigilância na infância e juventude.
Os profissionais de saúde, por inerência das funções que desempenham, têm responsabilidade particular na deteção precoce de fatores de risco, de sinais de alarme e na sinalização de crianças e jovens em risco, ou em evolução para verdadeiro perigo, pelo que a existência de modelos organizativos e formas mais estruturadas de ação de cuidados de saúde que assegurem mecanismos, cada vez mais qualificados e efetivos, para intervir neste contexto é uma necessidade imperiosa.
Assim, o HSMM dispõe de uma equipa multidisciplinar designada por Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHAJCR), criada de acordo com o Despacho n.º 31292/2008, de 5 de dezembro, a qual contempla as seguintes atribuições:
 - ✓ Contribuir para a informação prestada à população e sensibilizar os profissionais do sector administrativo e técnico, dos diferentes serviços, para a problemática das crianças e jovens em risco;

- ✓ Difundir informação de carácter legal, normativo e técnico sobre o assunto;
 - ✓ Incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria;
 - ✓ Coletar e organizar a informação casuística sobre as situações de maus tratos em crianças e jovens atendidos no hospital, em articulação com as estruturas de vigilância de saúde pública;
 - ✓ Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos;
 - ✓ Gerir, a título excecional, as situações clínicas que, pelas características que apresentem, possam ser acompanhados a nível do Hospital e que, pelo seu carácter de urgência em matéria de perigo, transcendam as capacidades de intervenção dos outros profissionais ou equipas da instituição;
 - ✓ Fomentar o estabelecimento de mecanismos de cooperação intrainstitucional no domínio das crianças e jovens em risco, no âmbito das equipas profissionais das diversas especialidades, serviços e departamentos dos hospitais com atendimento pediátrico;
 - ✓ Estabelecer a colaboração com outros projetos e recursos comunitários que contribuem para a prevenção e acompanhamento das situações de crianças e jovens em risco, conforme preceituado na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, com vista a reforçar o primeiro nível de intervenção nesta matéria e a incrementar a aplicação do princípio da subsidiariedade;
 - ✓ Assegurar a articulação funcional com os outros Núcleos criados na rede a nível hospitalar, através, nomeadamente, com as comissões de proteção de crianças e jovens (CPCJ) e com o Ministério Público junto dos Tribunais, de acordo com os preceitos legais e normativos em vigor.
- O Hospital estabeleceu também um protocolo com a Associação de AVC com o objetivo de apoiar os doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) e suas famílias.
- Foi estabelecido um protocolo de parceria entre o HSMM e a Casa de Saúde de S. João de Deus, com o objetivo de apoiar os doentes do foro degenerativo, designadamente, de quadros demenciais e respetivas famílias.

O Hospital tem promovido a igualdade de oportunidades, de respeito pelos direitos humanos e de não discriminação. Estes procedimentos são aplicáveis tanto em matéria de recrutamento e seleção de recursos humanos como nas políticas remuneratórias.

Ainda nesta vertente, o Hospital tem apostado na formação contínua dos seus colaboradores, através do Departamento de Formação e Desenvolvimento Profissional (DFDP). Tem vindo também a colaborar ativamente com várias escolas do ensino básico e ensino superior, autorizando a realização de estágios de enfermagem, técnicos de diagnóstico e terapêutica, farmácia, serviço social, informática, etc. Por outro lado, tem recebido um número significativo de médicos para o internato de especialidade e Ano Comum.

- b) Políticas adotadas para a promoção da proteção ambiental e do respeito por princípios de legalidade e ética empresarial.

Neste domínio o HSMM tem vindo a implementar medidas de eficiência energética e de consumo de água, procurando maximizar o aproveitamento de recursos energéticos e de combate ao desperdício.



Ainda neste âmbito o HSMM tem desenvolvido políticas ambientais estão desenvolvidas em torno de vários eixos estratégicos cumprindo a legislação em vigor, da qual se destacam:

- Triagem de resíduos equiparados a urbanos (grupos I e II) e armazenamento em Ecoponto;
- Encaminhamento de resíduos recicláveis (papel e cartão, plástico e vidro) para operador autorizado (Resulima);
- Triagem de resíduos de fluxo especial e procede-se ao seu encaminhamento para operadores licenciados;
- Triagem de resíduos hospitalares perigosos (grupos III e IV);
- Autocontrolo de emissões atmosféricas, mantendo as emissões poluentes em efluentes gasosos abaixo do limiar mássico (abaixo dos valores mínimos fixados em portaria);
- Semestralmente efetua-se a Monitorização dos Gases Anestésicos no Bloco Operatório;
- Acompanhamento dos equipamentos AVAC a nível dos gases flurados e dos fluidos frigogénicos.



54

- c) Adoção de planos de igualdade tendentes a alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres.

O HSMM está a elaborar um plano de igualdade de tratamento e de oportunidade entre homens e mulheres. Contudo, potencia a igualdade de género estando a mesma refletida na base estrutural de RH do Hospital.

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

Não existem medidas concretas no que respeita ao princípio de Igualdade de Género.

- e) Identificação de políticas de recursos humanos definidas pela empresa.

Potenciar a avaliação de desempenho, enquanto elemento importante de diferenciação, de valorização e auscultação de necessidades de desenvolvimento. Pretende-se uma avaliação contínua, com impacto nas necessidades de formação e nas tendências de melhoria de desempenho;

Promoção do recrutamento interno, dando oportunidade a trabalhadores do HSMM de evoluírem profissionalmente

Investimento na formação, com questionários internos e aferição de necessidades formativas. Formação vocacionada para o atendimento, para boas práticas e para a defesa do serviço público.

Promoção da carreira profissional no HSMM, com a aposta em contratos por tempo indeterminado.

f) Política de responsabilidade económica.

De forma a garantir a prestação de cuidados e serviços cada vez mais diferenciados, o hospital, atendendo às especificidades inerentes à sua dimensão, tem garantido a sua competitividade através da introdução, aperfeiçoamento e divulgação de novas técnicas médicas.

Os planos de ação a desenvolver para o futuro contemplam os seguintes pontos:

Ajustamento de recursos humanos

- Não substituição de profissionais em situações de ausência temporária exceto casos devidamente fundamentados em termos de custo benefício;

Sistemas de informação

- Implementação de todas as melhorias e atualizações dos sistemas de informação via SPMS.

Qualidade

- Construção de um novo Hospital, decorrente dos fortes constrangimentos da infraestrutura atual;
- Desmaterialização progressiva da informação clínica, com reforço das ferramentas informáticas existentes.

Modelo de governação

- Contratualização interna em cascata com os serviços, a partir do contrato programa, numa perspetiva de responsabilização pelos resultados.

X. Avaliação do Governo Societário

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

O cumprimento das orientações a nível de eventuais recomendações do acionista relativas às contas de 2015, não é aplicável na data atual, uma vez que as contas de 2015 não foram ainda objeto de aprovação.

2. Outras informações: a sociedade 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.

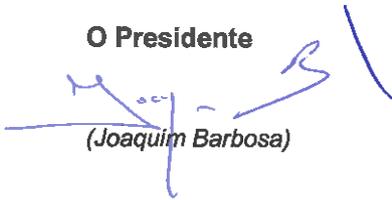
Não existem outras informações ou elementos a reportar.

Barcelos, 29 de agosto de 2017

O Conselho de Administração

56

O Presidente



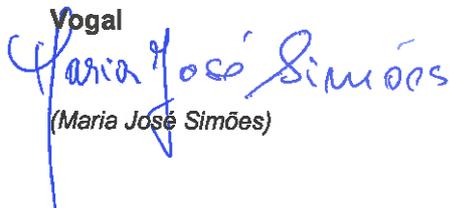
(Joaquim Barbosa)

Diretor Clínico



(Rui Guimarães)

Vogal



(Maria José Simões)

Enfermeiro Diretor



(Joaquim Passos)

XI. Anexos do RGS

A. Ata ou extrato da ata da reunião do órgão de administração em que haja sido deliberada a aprovação do RGS 2016.

57

Extrato da Ata nº 36/2017

-----Aos trinta e um dias do mês de agosto do ano dois mil e dezassete, pelas onze horas, reuniu, em sessão ordinária, no gabinete do Sr. Presidente, o Conselho de Administração do Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. em que estiveram presentes o Presidente do Conselho de Administração, Dr. Joaquim Barbosa e a Vogal, Dra. Maria José Correia Simões, estando ausentes por motivo de férias o Vogal, Diretor Clínico, Dr. Rui Guimarães e o Vogal, Enfermeiro Diretor, Doutor Joaquim Passos, onde foi deliberado o seguinte:-----

-----O CA aprovou a terceira versão do Relatório de Governo Societário do ano 2016- que visa dar cumprimento às orientações contidas no ofício da Direção Geral do Tesouro e Finanças, com a referência nº 3863 de 21 de agosto de 2017, através do qual foi solicitado que se efetuassem correções ao respetivo Relatório. Esta solicitação tem por base a reanálise da Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial (UTAM) através do Relatório de Análise nº 249/2017, de 17 de julho. Mais se deliberou enviar a presente versão para apreciação do órgão de fiscalização, devendo ser submetida a nova versão do documento na plataforma eletrónica SIRIEF -- Sistema de Recolha de informação económica e Financeira à Direção Geral do Tesouro e Finanças-----

-----Por nada mais haver a tratar deu-se por finda esta reunião de que se elaborou a presente ata, que vai ser lida e assinada por todos os seus elementos.-----

P^olo Conselho de Administração

Joaquim Barbosa
Presidente do
Conselho de Administração

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

PARECER SOBRE O RELATÓRIO DE BOAS PRÁTICAS DE GOVERNO SOCIETÁRIO

1. Em conformidade com a legislação em vigor e o mandato que nos foi conferido, vimos submeter à vossa apreciação o nosso parecer sobre o relatório de boas práticas de governo societário do HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE, relativos ao período findo em 31 de Dezembro de 2016, o qual é da responsabilidade do Conselho de Administração.
2. Foi-nos apresentando o relatório de boas práticas de governo societário, o qual inclui matérias referidas no Capítulo II do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de Outubro, dando cumprimento ao disposto no artigo 54º do mesmo diploma.

Lisboa, 07 de Setembro de 2017

PONTES, BAPTISTA & ASSOCIADOS
Societade de Revisores Oficiais de Contas
Representada por

Sérgio Pontes

C. Declarações a que se refere os artigos 51.º e 52.º do RJSPE.

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

Eu, *Joaquim Manuel Araújo Barbosa* 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.

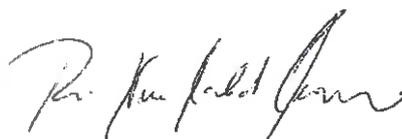
Barcelos, 28/03/2017

Joaquim Barbosa
Presidente do
Conselho de Administração

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

Eu, *Rui Nuno Machado Guimarães* 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.

Barcelos, 28/03/2017


Rui Guimarães
Diretor Clínico

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

Eu, *Manuel Joaquim de Brito Passos* 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.

Barcelos, 28/03/2017

Joaquim Passos
Enfanceiro Diretor

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

Eu, *Maria José Correia Simões* 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.

Barcelos, 28/03/2017

Maria José Simões
Vogal Executiva

DL71/2007



PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE INCOMPATIBILIDADES OU IMPEDIMENTOS

(artigos 22.º, n.º 8 do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março e 11.º, n.º 1 da Lei n.º 64/93, de 26 de Agosto)

Os dados recolhidos são processados automaticamente e destinam-se à gestão dos processos relativos ao regime jurídico de incompatibilidades e impedimentos de titulares de altos cargos públicos. O seu preenchimento é obrigatório. Os titulares dos dados podem aceder à informação que lhes respeite e solicitar por escrito, junto da Procuradoria-Geral da República, a sua actualização e correcção.

1. Identificação do Titular

Nome JOAQUIM MANUEL ANTONIO BARREIRA
Residência RUA DOS LINDOS, EDIFÍCIO PARK OFER, BÉRCO
A7, 2ª ESQ. - FÁC
Localidade ESPÓSUNDE Código Postal 4740-360
Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão 7420460 De 04/03/2007

2. Cargo

Cargo de que é titular PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, I.P.E. (BARCELOS)
Entidade/Serviço/Organismo HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, I.P.E. (BARCELOS)
 Sector empresarial do Estado Sector empresarial local
 Instituto Público de regime especial Autoridade Reguladora Independente
Natureza das funções (se aplicável):
 Executivas Não executivas

^{DE INÍCIO DE FUNÇÃO}
Data da posse 18 de MARÇO de 2016
Acto de nomeação ou designação RESOLUÇÃO Nº 9/2016 DO CONSELHO DE
MINISTROS DE 17/03/2016, PUBLICADA EM D.R. Nº 61/2016
DE 29 MARÇO

DL71/2007

64

3. Declaração

Declara não estar abrangido pelas incompatibilidades ou impedimentos previstos:

- Na Lei n.º 64/93, de 26 de Agosto (artigos 8.º, 9.º e 9.º-A)
- No Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março (artigos 20.º a 22.º)

4. Enumeração de cargos, funções e actividades profissionais exercidos (em acumulação com o alto cargo público)

- MEMBRO DA ASSEMBLEIA MUNICIPAL ^{DO MUNICIPIO} DE BARCELLOS
- MEMBRO DA ASSEMBLEIA DA COMUNIDADE INTERMUNICIPAL DO CAVADO (ELEITO PELA ASSEMBLEIA MUNICIPAL DE BARCELLOS)
- VICE PRESIDENTE DA ASSEMBLEIA ^{GERAL} DA ASSOCIAÇÃO HUMANITÁRIA DOS BARCELOS DE VITADOS IPES

5. Enumeração de participações sociais

SER PARTICIPAÇÕES SOCIAIS

6. Excepções previstas no Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março (artigos 20.º, n.ºs 3 e 4 e 22.º, n.ºs 1 e 4)

ALINGA 2) DO N.º 3 DO ARTIGO 20.º DA LEI Nº 71/2007, DE 27 MARÇO.

7. Observações

BARCELLOS, 08 de Junho de 2016

(Assinatura)

DL71/2007

65



PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE INCOMPATIBILIDADES OU IMPEDIMENTOS

(artigos 22.º, n.º 8 do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março e 11.º, n.º 1 da Lei n.º 64/93, de 26 de Agosto)

Os dados recolhidos são processados automaticamente e destinam-se à gestão dos processos relativos ao regime jurídico de incompatibilidades e impedimentos de titulares de altos cargos públicos. O seu preenchimento é obrigatório. Os titulares dos dados podem aceder à informação que lhes respeite e solicitar por escrito, junto da Procuradoria-Geral da República, a sua actualização e correcção.

1. Identificação do Titular

Nome Rui Nuno Machado Guimarães
Residência R. Maria Ondina Braga
Localidade Braga Código Postal 4715-126
Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão 107 30 807

2. Cargo

Cargo de que é titular DIRETOR CLÍNICO do HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR
Entidade/Serviço/Organismo HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR
 Sector empresarial do Estado Sector empresarial local
 Instituto Público de regime especial Autoridade Reguladora Independente
Natureza das funções (se aplicável):
 Executivas Não executivas

Data da posse _____ de _____ de _____
Acto de nomeação ou designação Resolução do Conselho de Ministros n.º 9/2016, publicada em DR n.º 61/2016 de 29 de Março 2016



DL74/2007

66

3. Declaração

Declara não estar abrangido pelas incompatibilidades ou impedimentos previstos:

- Na Lei n.º 64/93, de 26 de Agosto (artigos 8.º, 9.º e 9.º-A)
- No Decreto-Lei n.º 74/2007, de 27 de Março (artigos 20.º a 22.º)

4. Enumeração de cargos, funções e actividades profissionais exercidos (em acumulação com o alto cargo público)

5. Enumeração de participações sociais

6. Excepções previstas no Decreto-Lei n.º 74/2007, de 27 de Março (artigos 20.º, n.ºs 3 e 4 e 22.º, n.ºs 1 e 4)

7. Observações

Santos, 6 de julho de 2016

Filipe Augusto Rocha Lima
(Assinatura)

7/1
g
2



PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE INCOMPATIBILIDADES OU IMPEDIMENTOS

(artigos 22.º, n.º 8 do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março e 11.º, n.º 1 da Lei n.º 64/93, de 26 de Agosto)

Os dados recolhidos são processados automaticamente e destinam-se à gestão dos processos relativos ao regime jurídico de Incompatibilidades e Impedimentos de titulares de altos cargos públicos. O seu preenchimento é obrigatório. Os titulares dos dados podem aceder à Informação que lhes respeite e solicitar por escrito, junto da Procuradoria-Geral da República, a sua actualização e correcção.

1. Identificação do Titular

Nome MANUEL JOAQUIM DE BRITO PARRIS

Residência Rua dos Amores, Bif.º Quinta Nova 2048 F -
Apartamento 65

Localidade BARCELÓS Código Postal 4750-242

Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão 0665451

2. Cargo

Cargo de que é titular Vogal do Conselho de Administração/Exequivo
Director do Hospital de Santa Maria Maior, E.P.C. - BARCELÓS

Entidade/Serviço/Organismo _____

Sector empresarial do Estado Sector empresarial local
 Instituto Público de regime especial Autoridade Reguladora Independente

Natureza das funções (se aplicável):
 Executivas Não executivas

Data da posse 18 de Março de 2016

Acto de nomeação ou designação Resolução n.º 9/2016, do Conselho
de Ministros, Diário da República n.º 61/2016,
Série II de 2016.

DL71/2007

61

DL71/2007

68

3. Declaração

Declara não estar abrangido pelas incompatibilidades ou impedimentos previstos:

- Na Lei n.º 64/93, de 26 de Agosto (artigos 8.º, 9.º e 9.º-A)
- No Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março (artigos 20.º a 22.º)

4. Enumeração de cargos, funções e actividades profissionais exercidos (em acumulação com o alto cargo público)

- Docente Assistente Curricular na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda (Castela).
- Docente Assistente Curricular na Escola Superior de Saúde do Vale do Ave do Instituto Politécnico de Saúde do Norte.

5. Enumeração de participações sociais

~~_____~~

6. Excepções previstas no Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março (artigos 20.º, n.ºs 3 e 4 e 22.º, n.ºs 1 e 4)

Alínea e) do nº3 do Artigo 20º da Lei nº 71/2007, de 27 Março.

7. Observações

~~_____~~

Barcelos, 6 de Julho de 2016

(Assinatura)

DL71/2007



PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE INCOMPATIBILIDADES OU IMPEDIMENTOS

(artigos 22.º, n.º 8 do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março e 11.º, n.º 1 da Lei n.º 64/93, de 26 de Agosto)

Os dados recolhidos são processados automaticamente e destinam-se à gestão dos processos relativos ao regime jurídico de incompatibilidades e impedimentos de titulares de altos cargos públicos. O seu preenchimento é obrigatório. Os titulares dos dados podem aceder à informação que lhes respeite e solicitar por escrito, junto da Procuradoria-Geral da República, a sua actualização e correcção.

1. Identificação do Titular

Nome	Maria José Correia Simões		
Residência	Rua da Sotade Nova, n.º 572 Avenida de Neiva		
Localidade	Boaielos	Código Postal	4750 - 003
Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão	05704360		

2. Cargo

Cargo de que é titular	Vogal do Conselho de Administração		
Entidade/Serviço/Organismo	Hospital Santa Maria Maior, EPE		
<input checked="" type="checkbox"/> Sector empresarial do Estado	<input type="checkbox"/> Sector empresarial local		
<input type="checkbox"/> Instituto Público de regime especial	<input type="checkbox"/> Autoridade Reguladora Independente		
Natureza das funções (se aplicável):			
<input checked="" type="checkbox"/> Executivas	<input type="checkbox"/> Não executivas		

Data de posse	Inicio funções	de	Maio	de	2016
Acto de nomeação ou designação	Resolução n.º 9/2016 do Conselho de Administração, Diário da República n.º 63/2016, Série II de 2016				

DL71/2007

70

3. Declaração

Declara não estar abrangido pelas incompatibilidades ou impedimentos previstos:

- Na Lei n.º 64/93, de 26 de Agosto (artigos 8.º, 9.º e 9.º-A)
- No Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março (artigos 20.º a 22.º)

4. Enumeração de cargos, funções e actividades profissionais exercidos (em acumulação com o alto cargo público)

Handwritten text in section 4 is mostly illegible due to a large diagonal scribble.

5. Enumeração de participações sociais

Handwritten text in section 5 is mostly illegible due to a large diagonal scribble.

6. Excepções previstas no Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março (artigos 20.º, n.ºs 3 e 4 e 22.º, n.ºs 1 e 4)

Handwritten text in section 6 is mostly illegible due to a large diagonal scribble.

7. Observações

Handwritten text in section 7 is mostly illegible due to a large diagonal scribble.

Baselos, 06 de Julho de 2016
Maria José Correia Simões
(Assinatura)



À Inspeção Geral das Finanças
Rua Angelina Vidal 41,
1170-017 Lisboa

71

Data: 23-11-2017

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.

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

Nome: Joaquim Manuel Araújo Barbosa
NIF: 144875888
Cargo para que foi nomeado/eleito: Presidente do Conselho de Administração
Data de início do mandato 18-03-2016
Data prevista de termo do mandato 31-12-2018

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

Empresa/Entidade: Hospital Santa Maria Maior, EPE
Tipo: Entidade Pública Empresarial
NIF:506361381 Morada da Sede: Cempo da República, apartado 181 - Barcelos
Código Postal: 4754-909 E-mail: secadm@hbarcelos.min-saude.pt
Telefone: 253809200 Fax: 253817379

Tendo sido nomeado/eleito para o cargo referido, na empresa/entidade 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.

Joaquim Manuel Araújo Barbosa
Presidente do Conselho de Administração



À Inspeção Geral das Finanças
Rua Angelina Vidal 41,
1170-017 Lisboa

72

Data: 23-11-2017

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.

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

Nome: Manuel Joaquim de Brito Passos
NIF: 174236727
Cargo para que foi nomeado/eleito: Enfermeiro Diretor
Data de início do mandato 18-03-2016
Data prevista de termo do mandato 31-12-2018

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

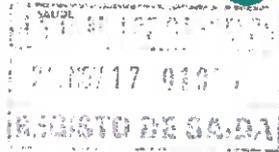
Empresa/Entidade: Hospital Santa Maria Maior, EPE
Tipo: Entidade Pública Empresarial
NIF:506361381 Morada da Sede: Campo da República, apartado 181 - Barcelos
Código Postal: 4754-909 E-mail: secadm@hbarcelos.min-saude.pt
Telefone: 253809200 Fax: 253817379

Tendo sido nomeado/eleito para o cargo referido, na empresa/entidade acima indicada, declaro, em cumprimento disposto no n.º 1 do art. 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art.º 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.

Manuel Joaquim de Brito Passos

Enfermeiro Diretor



À Inspeção Geral das Finanças
Rua Angelina Vidal 41,
1170-017 Lisboa

73

Data: 23-11-2017

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.

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

Nome: Maria José Correia Simões

NIF: 145017400

Cargo para que foi nomeado/eleito: Vogal Executivo do Conselho de Administração

Data de início do mandato 18-03-2016

Data prevista de termo do mandato 31-12-2018

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

Empresa/Entidade: Hospital Santa Maria Maior, EPE

Tipo: Entidade Pública Empresarial

NIF: 506361381

Morada da Sede: Campo da República, apartado 181 - Barcelos

Código Postal: 4754-909

E-mail: secadm@hbarcelos.min-saude.pt

Telefone: 253809200

Fax: 253817379

Tendo sido nomeado/eleito para o cargo referido, na empresa/entidade acima indicada, declaro, em cumprimento disposto no n.º 1 do art. 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no n.º 9 do art.º 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.

Maria José Correia Simões

Vogal Executivo do Conselho de Administração

IGF

Questionários
Deveres de informação dos gestores públicos (ID 976151)

Deveres de informação dos gestores públicos

74

Data de submissão
27/11/2017 17:00:02
Endereço IP
193.126.83.206

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

- Nome:
Rui Nuno Machado Guimarães
- NIF:
211268968
- Morada:
Rua Maria Ondina Braga, 47, 6º DTO
- Localidade:
Braga
- Código Postal:
4715-586
- Email:
rnguimaraes@gmail.com
- Telefone:
919619852

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

- Empresa/Entidade:
Hospital Santa Maria Maior, EPE
- NIPC:
506361381
- Tipo de entidade:
Empresa pública do sector empresarial do Estado [A1]
- Endereço:
Campo da República, Apartado 181
- Localidade:
Barcelos
- Código Postal:
4754-909
- Email:
secadam@hbarcelos.min-saude.pt
- Telefone:
253809230

página 1 / 2

IGF

Questionários
Deveres de informação aos gestores públicos (ID 976151)

- Cargo para que foi nomeado/eleito:
Diretor Clínico
- Data de início do mandato:
29/03/2016
- Data prevista do termo do mandato:
31/12/2018
- Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções?
Não [N]
- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções?
Não [N]
- Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade?
Não [N]
- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade?
Não [N]
- Mantém relação com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerce funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse?
Não [N]
- Declaração de conformidade. [Declaro, sob compromisso de honra, que todos os dados inseridos no formulário são verdadeiros, não contêm erros e correspondem à integralidade da informação relevante sobre Gestores Públicos.]
Sim [Y]

75

D. 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 2015⁵.

76

Os documentos de prestação de contas, relativos ao exercício de 2015, não foram ainda objeto de aprovação.

⁵ Apenas no caso do documento em apreço não se encontrar disponível em *SIRIEF*. Na eventualidade de não se ter ainda verificado a aprovação dos documentos de prestação de contas relativos ao exercício de 2015 por parte do(s) titular(es) da função acionista tal deve ser objeto de menção específica.