



Hospital  
Santa Maria Maior, E.P.E.  
BARCELLOS

*Handwritten signature in blue ink.*

## RELATÓRIO DO GOVERNO SOCIETÁRIO 2014



- 2ª VERSÃO -

**NOTA À PRESENTE VERSÃO DO RELATÓRIO DE GOVERNO SOCIETÁRIO DO  
HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE DE 2014**

A 2ª versão do Relatório do Governo Societário vem em sequência do cumprimento do ofício da Direção-Geral do Tesouro e Finanças, ref. DSPE/DPE de 19/10/2015, 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 233/2015, de 14 de outubro.

Ch  
Pinto  
A  
d

Ch  
C. Pinto  
A  
d

## Índice

I.	Missão, Objetivos e Políticas.....	4
II.	Estrutura de capital.....	7
III.	Participações Sociais e Obrigações detidas .....	7
IV.	Órgãos Sociais e Comissões.....	8
A.	Mesa da Assembleia Geral.....	8
B.	Administração e Supervisão.....	8
C.	Fiscalização .....	17
D.	Revisor Oficial de Contas (ROC).....	18
E.	Auditor Externo .....	19
V.	Organização Interna .....	19
A.	Estatutos e Comunicações.....	19
B.	Controlo interno e gestão de riscos.....	21
C.	Regulamentos e Códigos .....	25
D.	Deveres Especiais de Informação .....	26
E.	Sítio da Internet.....	27
F.	Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral .....	28
VI.	Remunerações.....	29
A.	Competência para a Determinação.....	29
B.	Comissão de Fixação de Remunerações.....	30
C.	Estrutura das Remunerações .....	30
D.	Divulgação das Remunerações.....	32
VII.	Transações com partes Relacionadas e Outras .....	33
VIII.	Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económicos, social e ambiental ...	42
IX.	Avaliação do Governo Societário .....	48
X.	Anexos .....	49
A.	Declarações de Independência dos Membros do Conselho de Administração .....	49
B.	Declaração dos membros do CA.....	49

## I. Missão, Objetivos e Políticas

### 1. Missão, visão e valores

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. Políticas e linhas de ação

O HSMM elaborou um Plano Estratégico para o triénio 2013-2015, 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 2013	Realizado 2014	Objetivo 2014	Grau de Cumprimento*
<b>Acesso</b>				
Percentagem das primeiras consultas no total de consultas médicas	29,2%	30,8%	31,00%	99,35%
Percentagem de utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado	77,5%	80,2%	82,67%	97,01%
Percentagem das consultas externas c/ registo de alta no total da consulta externa	12,4%	14,1%	15,00%	94,00%
Percentagem de doentes cirúrgicos tratados em tempo adequado**	96,1%	96,3%	99,00%	97,27%
Percentagem, doentes sinalizados p/ RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados	14,6%	18,1%	15,00%	120,00%

\*120% corresponde ao grau de cumprimento corrigido (máximo =120%)

\*\*O valor para 2014 é provisório, são valores reportados a setembro de 2014.

*Handwritten signatures and initials in blue ink.*

Objetivos Nacionais	Realizado 2013	Realizado 2014	Objetivo 2014	Grau de Cumprimento*
<b>Desempenho Assistencial</b>				
Demora média (dias)	7,2	7,4	6,84	92,43%
Percentagem de reinternamentos em 30 dias (%)	9,0%	9,0%	7,90%	87,78%
Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo (%)	0,7%	0,7%	0,80%	114,29%
Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas 1 <sup>as</sup> 48 horas	-	16,0%	60,00%	26,67%
Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório (GDH) no total de cirurgias programadas (GDH) - para procedimentos ambulatorizáveis (%)	74,8%	81,0%	77,00%	105,19%
Percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos (%)	32,1%	31,0%	50,00%	62,00%
Taxa de registo de utilização da "Lista de Verificação de Atividade Cirúrgica" - indicador relativo à cirurgia segura (%)	87,1%	99,9%	97,00%	102,99%
<b>Desempenho económico-financeiro</b>				
Percentagem dos custos com horas extraordinárias, suplementos e FSE (selecionados), no total de custos com pessoal	14,8%	13,8%	14,00%	101,45%
EBITDA (€)	-995.731 €	-2.229.828 €	>=0	0,00%
Acréscimo de Dívida Vencida (€)	-308.496 €	592.401 €	<=0	0,00%
Percentagem de proveitos operacionais extra contrato-programa, no total de proveitos (operacionais)	7,2%	5,0%	10,00%	50,00%
<b>Objetivos Regionais</b>				
Tempo de espera para a triagem médica da consulta externa (dias)	6	4,2	5	119%
Tratamento da retinopatia diabética	0	0	<= 30 dias	0%
Taxa de Referência para a RNCCI (%)	9,9%	11,8%	9,50%	120%
Rácio Consultas Médicas / Urgências (%)	0,83	0,90	1	90%
Controlo de Infecção Associado a Cuidados de Saúde (IACS)	OK	OK	I - MRSA; II - Vigilância Nosocomial da Corrente Sanguínea; III - Higiene das mãos.	100%

5

\*120% corresponde ao grau de cumprimento corrigido (máximo =120%)

O não cumprimento de alguns objetivos, nomeadamente, em relação ao acesso e desempenho assistencial resultam, sobretudo, da redução do número de médicos de várias especialidades. A contratação de novos profissionais tem sido efetuada com grandes limitações, nomeadamente, pela imposição de procedimentos que envolvem o consentimento da tutela para todas as contratações e renovações.

O rácio "percentagem das consultas externas com registos de alta no total da consulta externa" ficou ligeiramente abaixo do pretendido. No entanto, têm vindo a ser desenvolvidos esforços no sentido de melhorar os registos da alta médica.

Relativamente ao objetivo "percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos" temos a informar que no seguimento do Despacho nº 15700/2012, onde se previa o início da utilização obrigatória dos novos modelos de receita médica por Denominação Comum Internacional (DCI), o hospital deixou de ter contribuído para cumprimento/melhoria do objetivo, ou seja, o prescriptor, obrigatoriamente, prescreve os medicamentos por princípio ativo, no entanto, a decisão de aquisição do genérico cabe ao doente/farmacêutico no momento do aviamento em farmácia de oficina. Esta condicionante foi já manifestada junto do departamento de contratualização da ARS Norte.

*Handwritten signatures in blue ink, including initials 'mh', 'Gub', and 'Ad'.*

No que respeita ao incumprimento do objetivo “percentagens de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas” deve-se, sobretudo, à escassez de recursos médicos da especialidade de ortopedia. Contudo, no último trimestre de 2014, foram contratados dois médicos ortopedistas prevendo-se que, em 2015, os objetivos da instituição sejam alcançados.

Em relação aos restantes objetivos não cumpridos está a ser feito um acompanhamento/monitorização mais próximo com o intuito que os mesmos possam vir a ser alcançados.

### 3. Fatores chave de que dependem os resultados da empresa

As fortes 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, como podemos observar no ponto anterior, a dificuldades na acessibilidade da prestação de serviços de saúde, assim como na adequação da oferta à procura da população.

O Conselho de Administração do HSMM tem consciência que o alcance da missão e objetivos a que se propõe a instituição dependem de vários fatores, nomeadamente:

- i. De recursos médicos, em diversas áreas, de forma a permitir um trabalho de equipa que se desenvolva de forma racional e eficiente;
- ii. Manter níveis de eficiência interna que permita alcançar resultados económico-financeiros estáveis;

Para além disso deparamo-nos com um estrangulamento estrutural, evidenciado pelo facto das instalações do hospital pertencerem a entidade externa e encontrando-se desadequadas ao bom funcionamento da atividade, impedindo assim o crescimento ou desenvolvimento de qualquer área funcional.

### 4. Evidenciação da atuação em conformidade com as orientações definidas pelos ministérios setoriais

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 emprenho 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.

## II. Estrutura de capital

### 1. Estrutura de capital

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 Publica 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 2014, o Hospital Santa Maria Maior detinha um capital estatutário no montante de 22.589.302€.

Em relação ao número de ações, a consulta dos vários despachos que corporizaram os diversos aumentos de capital não permite identificar qualquer referência ao número de ações, o que impossibilita uma resposta clara à questão colocada.

### 2. Eventuais limitações à titularidade e/ou transmissibilidade das ações

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

### 3. Acordos parassociais

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

## III. Participações Sociais e Obrigações detidas

1. Indicação das pessoas singulares (órgãos sociais) e/ou coletivas (empresa) que, diretamente ou indiretamente, são titulares de participações qualificadas noutras entidades



O HSMM,EPE, é Associado da entidade SUCH – Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, pagando para o efeito uma quota. No exercício económico de 2014, o HSMM contribuiu com 12.000€ a título de quotização anual.

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

Não aplicável.

3. Indicação do número de ações e obrigações detidas por membros dos órgãos sociais de administração e de fiscalização

Não aplicável.

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

Não aplicável.

## IV. Órgãos Sociais e Comissões

### A. Mesa da Assembleia Geral

Não aplicável.

### B. Administração e Supervisão

1. Modelo de governo

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. Regras estatutárias sobre a nomeação e substituição dos membros do Conselho de Administração

Nos termos dos Estatutos dos Hospitais EPE<sup>1</sup>, 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.

Nesta conformidade, o Conselho de Administração do HSMM, em funções no exercício de 2014, 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.

<sup>1</sup> Constantes do anexo II do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterados e republicados pelo Anexo II do Decreto-Lei 244/2012, de 9 de novembro e posteriormente pelo anexo III do Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro.



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.

9

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 do Conselho de Administração

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.

O mandato do Conselho de Administração tem a duração de três anos e é renovável, até ao máximo de três renovações consecutivas, 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 1 de maio de 2013 e terminarão o mandato em 31 de dezembro de 2015.

#### Mandato I (2013-2015)

Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação Legal da atual Nomeação	Nº de Mandatos exercidos na sociedade	Observações
2013-2015	PCA	Fernando Marques	Resolução Conselho de Ministros n.º 11/2013, de 30/04	1	Iniciou funções em 01/05/2013
2013-2015	VE	Augusta Morgado	Resolução Conselho de Ministros n.º 11/2013, de 30/04	1	Iniciou funções em 01/05/2013
2013-2015	DC	Soares Filipe	Resolução Conselho de Ministros n.º 11/2013, de 30/04	1	Iniciou funções em 01/05/2013
2013-2015	ED	Celeste Pinto	Resolução Conselho de Ministros n.º 11/2013, de 30/04	1	Iniciou funções em 01/05/2013

PCA - Presidente Conselho de Administração

DC - Diretor(a) Clínico(a)

VE - Vogal Executiva

ED - Enfermeiro(a) Diretor(a)



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

O Conselho de Administração é constituído apenas por membros executivos.

5. Elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do Conselho de Administração

**Fernando Marques – Presidente do Conselho de Administração**

10

**I – Elementos de identificação:**

Filho de: António Carrilho Marques e de: Maria José Marques

Natural da freguesia de: Santana

Concelho de: Nisa

Distrito: Portalegre

Nascido em: 8 de Dezembro de 1955

Estado civil: Casado

Cartão Cidadão nº 04698106 do Arquivo de Identificação de Viana do Castelo

Residência: Rua António Feijó, 33, 4900-442 Viana do Castelo

**II – Habilitações académicas e profissionais:**

Pós-graduação em Administração Hospitalar (1981) – Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa;

Licenciatura em Economia (1978) – Instituto Superior de Economia

**III – Situação profissional atual:**

Presidente do Conselho de Administração do Hospital Santa Maria Maior, E.P.E., em Barcelos (nomeação por Resolução nº 11/2013 da PCM publicada em D.R., II Série, nº 83, de 30/04/2013 para o triénio 2013-2015).

**IV – Experiência profissional:**

Principais cargos e funções em administração hospitalar:

1989-2001 – Administrador-delegado do Hospital Distrital de Viana do Castelo, nomeado em 1989 por comissão de serviço de três anos, renovada por Despacho Ministerial sucessivamente em 1992, 1995, 1998, 2001;

Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Alto Minho, S.A. (2002 - 2005);

2005-2006 – Diretor do Serviço de Atendimento de Utentes no Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E.

2007-2013 - Gestor do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e do Departamento de Medicina Crítica e Anestesiologia.

**Augusta Morgado - Vogal Executiva**

**I – Elementos de identificação:**

Filho de: Manuel Valentim Pereira Fernandes e de: Maria de Lurdes Silva Pires



Natural da freguesia de: S. Jorge de Arroios

Concelho de: Lisboa

Distrito: Lisboa

Nascido em: 16 de Novembro de 1979

Estado civil: Casado

Bilhete de identidade nº 11433179 do Arquivo de Identificação de Lisboa de 12 de Março de 2008.

11

Residência: Santo Tirso

### **II – Habilitações literárias:**

Pós-graduação em Gestão Hospitalar pelo Instituto Piaget

Licenciatura em Economia pela Universidade Autónoma de Lisboa

### **III – Experiência profissional:**

Atualmente, Vogal Executiva do Conselho de Administração do Hospital Santa Maria Maior, E.P.E., em Barcelos (nomeação de 1 de Maio de 2013 para o triénio 2013-2015);

2011-2013 – Auditora Interna do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E;

2008-2011 – Diretora do Serviço de Gestão Hoteleira do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E.

2006 – 2008 - Técnica superior no serviço de gestão estratégica de recursos humanos;

2003 – 2006 - Técnica superior no serviço financeiro do Hospital Ega Moniz, S.A.

### **Mário Soares Filipe - Diretor Clínico**

#### **I – Elementos de identificação:**

Filho de: Mário Augusto Torres Filipe e de: Lucinda Soares Pinheiro

Natural da freguesia de: Rio Tinto

Concelho de: Gondomar

Distrito: Porto

Nascido em: 27 de Setembro de 1953

Bilhete de identidade nº 2862162 do Arquivo de Identificação de Lisboa de 21 de Abril de 2006.

Residência: Rio Tinto - Gondomar

#### **II – Habilitações literárias e profissionais:**

1986 – Licenciado em Medicina, pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

#### **III – Experiência profissional:**

Vogal Executivo do Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. em Barcelos como Director Clínico (nomeação de 1 de Maio de 2013 para o triénio 2013-2015);

2007 – 2013 Diretor do Serviço de Ortopedia do Hospital Santa Maria Maior, E.P.E.,

2004 – 2007 Docente Voluntário da Faculdade de Medicina do Porto da cadeira de Ortopedia



2002 - Através de concurso público adquiriu a categoria de assistente graduado de ortopedia;  
2000 – Ingressou no quadro do Serviço de Ortopedia do Hospital São João;  
1997 – Ingressou no quadro do Hospital Santa Maria Maior em Barcelos, no serviço de Ortopedia;  
1996 – Adquiriu o grau de assistente de ortopedia mediante exame final do internado de ortopedia;

**Celeste Maria Pinto - Enfermeira Diretora**

12

**I – Elementos de identificação:**

Filho de: Carlos de Magalhães Pereira e de: Rita de Jesus Garcia

Natural da freguesia de: Almacave - Lamego

Nascido em: 23 de Janeiro de 1963

Estado civil: Casada

Bilhete de identidade nº 6253549 do Arquivo de Identificação de Lisboa de 16 de Dezembro de 2004.

Residência: Canelas – Vila Nova de Gaia

**II – Habilitações literárias:**

Curso Geral de Enfermagem pela Escola de Enfermagem D. Ana Guedes;

Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa.

**III – Percurso profissional:**

Vogal Executiva do Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. em Barcelos como Enfermeira Diretora Santa Maria (nomeação de 1 de Maio de 2013 para o triénio 2013-2015);

1984 – Iniciou funções, exercendo cuidados de enfermagem, nos serviços de Pediatria, Estomatologia/Cirurgia Facial e Oncologia/Hematologia no Hospital de Santo António;

1992 – Transitou para o Centro de Saúde dos Carvalhos, integrando a equipa de Coordenação de Saúde Escolar e a equipa de Planeamento e Controlo;

2002 – Responsável pela equipa de enfermagem do Centro de Saúde;

2006 – Tomou posse como Enfermeira Chefe no Centro de Saúde dos Carvalhos;

2009 – iniciou funções como Vogal do Conselho Clínico no ACES Espinho/Gaia;

2010 – transitou para a ARS Norte como Assessora de Enfermagem do Conselho Diretivo

6. Apresentação de declaração de cada um dos membros do órgão de administração

Declaração em anexo.

7. Relações familiares, profissionais ou comerciais dos membros do Conselho de Administração

Não aplicável.

8. Repartição de competências



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 do Anexo II (Estatutos), do Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro.

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:

13

	Presidente Conselho Administração	Vogal Executiva	Diretor Clínico	Enfermeira Diretora
	Fernando Marques	Augusta Maria Morgado	Mário Soares Filipe	Celeste Maria Pinto
Gabinete de Comunicação	X			
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 18 de julho de 2013, 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. A autorização de despesas de montantes acima de 75.000€ é da competência do Conselho de Administração.

## 9. Funcionamento do Conselho de Administração

### a) Reuniões

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.



Em 2014 foram realizadas, no total, 55 reuniões. As ausências por motivo de férias ou doença foram as seguintes:

Presidente do Conselho de Administração – 4

Vogal Executiva – 5

Diretor Clínico – 2

Enfermeira Diretora - 5

14

**b) Cargos exercidos em simultâneo em outras empresas**

Os membros do CA não exercem cargos em simultâneo noutras empresas.

**c) Avaliação de desempenho dos administradores executivos**

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**

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 5 de setembro de 2013)**

Composição:

- Enf. Carlos Caldas Silva (Coordenador)
- Dr.ª Júlia Pogeira (Assistente Social)
- Dr. Luís Moniz (Jurista – Responsável SGRH)
- 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 07 de julho de 2013)**

Composição:



Dr. Fernando Marques (Presidente do CA)  
Dr. Soares Filipe (Diretor Clínico)  
Enf.<sup>a</sup> Celeste Pinto  
Enf.<sup>a</sup> Aura Gonçalves  
Enf.<sup>a</sup> Rosa Maria Ribeiro (Enf.<sup>a</sup> Supervisora)  
Dr.<sup>a</sup> Ana Marta Dias (Assistente Social)  
Dr.<sup>a</sup> Maria João Peixoto (Téc. Superior Saúde – Farmacêutica)

Competências e síntese das atividades desenvolvidas:

15

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.<sup>a</sup> Aura Gonçalves (Coordenadora)  
Dr. Carlos Oliveira (Médico – Medicina Interna)  
Dr.<sup>a</sup> Maria João Peixoto (Téc. Superior Saúde – Farmacêutica)  
Dr.<sup>a</sup> Filomena Reis (Téc. Superior Saúde – Patologia Clínica)  
Dr.<sup>a</sup> 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 5 de setembro de 2013)**

Composição:

Dr. Soares Filipe (Presidente)  
Dr.<sup>a</sup> Maria João Peixoto (Téc. Superior Saúde – Farmacêutica)  
Dr.<sup>a</sup> Alexandra Menezes (Téc. Superior Saúde – Farmacêutica)  
Dr. Carlos Oliveira (Médico – Medicina Interna)

16

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 (nomeada a 5 de setembro de 2013)**

Composição:

Dr. Soares Filipe (Diretor Clínico)  
Dr. Carlos Oliveira (Médico – Medicina Interna)  
Dr. Alberto Magalhães (Médico – Dir. Bloco Operatório)  
Dr. Pratas Balhau (Médico – Cirurgia)  
Dr. Armando Caldas (Médico – Ortopedia)  
Dr.<sup>a</sup> Goreti Lobarinhas (Médica – Pediatria)  
Dr.<sup>a</sup> Isabel Santos (Médica – Anestesiologia)  
Dr. Tadeu Rocha (Médico – Patologia Clínica)  
Dr.<sup>a</sup> Célia Spencer (Médica – Imuno-hemoterapia)  
Dr. Nuno Pires (Médico – Resp. Unidade Pneumologia)  
Dr. Joaquim Beleza (Médico – Resp. Unidade ORL)  
Dr. Vítor Soares (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. Comissão de enfermagem (nomeada a 21 de agosto de 2014)**

Composição:



Enf.ª Celeste Pinto (Presidente)  
Enf.ª Supervisora Rosa Maria Ribeiro  
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

17

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 28 de fevereiro de 2012)

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)

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 do Fiscal Único

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. Doutorando em Contabilidade. Docente do ensino superior. Formador (designadamente na OTOC – Ordem dos Técnicos Oficiais de Contas; APOTEC; Global Estratégias). 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.

18

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. Pós Graduado em Auditorias pelo Instituto Universitário de Lisboa – ISCTE. Docente de ensino superior. Formador (designadamente na OTOC – Ordem dos Revisores Oficiais de Contas; APOTEC). 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 co autoria 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.

À data da nomeação o Fiscal Único designado não estava inscrito na CMVM, no entanto, a regulamentação da profissão encontra-se em alteração tendo sido nomeada a CMVM como o órgão de supervisão exclusivo e, no início de 2016, todas as SROC passarão a estar automaticamente inscritas na CMVM.

### 2. Mandato do Fiscal Único

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 31 de dezembro de 2015.

*Chy*  
*Epinto*  
*AJ*

### 3. Número de anos em que o Fiscal Único exerce funções consecutivamente no HSMM

A sociedade Pontes, Baptista & Associados, SROC exerce funções consecutivamente junto do HSMM desde 2010, o que perfaz cerca de 5 anos e meio.

Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação Legal da atual Nomeação	Nº de Mandatos exercidos na sociedade	Observações
2013-2015	Fiscal Único Efetivo	Pontes, Baptista & Associados, SROC n.º 209 - representada pelo Sergio Leonel Pinto da Costa Pontes, ROC n.º 1180	Despacho n.º 1088/13 - SET, 28/05/2013	2	
2013-2015	Fiscal Único Suplente	Dr. Luís Fernando da Costa Baptista, ROC n.º 1198	Despacho n.º 1088/13 - SET, 28/05/2013	1	

19

### 4. Outros serviços prestados pelo Fiscal Único ao HSMM

Não são prestados outros serviços pela SROC ao HSMM.

Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Remuneração Anual	
			Fixada (€) <sup>(1)</sup>	Bruto Pago (€) <sup>(2)</sup>
2013-2015	Fiscal Único	Pontes, Baptista & Associados, SROC	9.541,23 €	10.862,18 €

Legenda: (1) - Valor Bruto Anual fixado;  
(2) Antes de reduções remuneratórias: deve incluir as despesas de representação.

## E. Auditor Externo

Não aplicável. 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, por Despacho n.º 53/2014, de 17 de setembro, do Ministério da Saúde, foi determinado a realização de auditorias externas às demonstrações financeiras de todos os hospitais do SNS, entre os quais o HSMM. 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.

## V. Organização Interna

### A. Estatutos e Comunicações

#### 1. Alteração dos estatutos

O HSMM foi transformado em EPE através 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, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 50-A/2007, de 28 de fevereiro, 18/2008, de 29 de janeiro, 176/2009, de 4 de agosto, 136/2010, de 27 de dezembro e alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro.



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. Comunicação de irregularidades

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 elaborado um regulamento 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:

20

- iii. 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;
- iv. Dano, abuso ou desvio relativo ao património do HSMM ou dos utentes;
- v. 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](mailto:scirregularidades@hbarcelos.min-saude.pt)) ou carta dirigida ao Serviço de Auditoria Interna.

## 3. Políticas antifraude adotadas

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/rdonlyres/0379BCF8-764E-4D76-8946-24C2B7709C8C/26673/HSMMPlanodeGest%C3%A3odeRiscosdeCorrup%C3%A7%C3%A3oeInfra%C3%A7%C3%B5esCone.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.

Ch  
C. Pinto  
A

## B. Controlo interno e gestão de riscos

### 1. Sistema de controlo interno (SCI)

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.

21

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

- Tipologia de Contratação de Planeamento de Recursos Humanos.
- Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia – Processo de Gestão de Utentes (disponibilizado pelo MS – SIGIC);
- Manual de Planeamento e Gestão de Altas (disponibilizado pelo MS e Segurança Social – Cuidados continuados);
- Manual do Controlo de Infeção
- Regulamento de Transportes de Doentes não Urgentes;
- Regulamento de Requisição/Prescrição de MCDT ao Exterior;
- 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. Pessoas, órgãos ou comissões responsáveis pela auditoria interna e/ou pela implementação de sistema de gestão e controlo de risco

Ciente da relevância de um sistema de controlo interno eficaz e eficiente, e, no sentido de reforçar o sistema de controlo já existente, o CA procedeu, em 2013, ao reforço da função Auditoria Interna, nomeadamente através da criação do Serviço de Auditoria Interna (SAI), de acordo com o disposto nos Estatutos dos Hospitais.

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.

22

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

### 3. Plano estratégico e de política de risco

O HSMM elaborou um Plano Estratégico para o triénio 2013-2015, onde identifica as principais ações relativas a objetivos estratégicos e principais medidas a adotar.

No PGRIC 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 Emergência Interno – elaborado pelo Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho, aprovado pelo CA em novembro de 2013, onde estão indicadas as medidas de autoproteção a adotar pelo HSMM, para fazer face a uma situação de incêndio nas suas instalações, contendo ainda a Plano de Atuação e o Plano de Evacuação;
- 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 no Decreto-lei n.º 244/2012 de 9 de novembro, nomeadamente, área contabilística, financeira, operacional, informática e de recursos humanos.
- iv. Plano 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. Relações de dependência hierárquica e/ou funcional face a outros órgãos ou comissões

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

23

5. 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. Principais tipos de riscos a que o HSMM se expõe no exercício da atividade

#### 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.

Estas limitações têm influenciado negativamente na concretização dos resultados a que o HSMM se tem vindo a propor, nomeadamente, por dificuldade de contratação de recursos, quer humanos (principalmente médicos), quer materiais (equipamentos especializados).

#### Riscos Financeiros

No que respeita 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.

#### Riscos Operacionais

Em termos de riscos operacionais salientamos a dificuldade de realização de investimentos em equipamentos e infraestruturas, assim como, a contratação de recursos humanos, nomeadamente, pessoal médico.

#### Riscos Jurídicos

Um risco em sede de jurídica que importa acautelar são os decorrentes do decaimento de um processo judicial intentado pelo Hospital.

Pagamento de custas de parte a cargo de quem decai no processo ( artº 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).



## 7. 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.

24

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 um 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. Principais elementos do SCI e de gestão de risco implementados no HSMM 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. Regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a entidade está legalmente obrigada

O HSMM possui um regulamento interno, elaborado nos termos do artigo 22º do Decreto-Lei n.º 244/2012, 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/rdonlyres/F9EB7263-630C-489D-98C4-AA9F6641DEB9/28129/CircInformativan56.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.

25

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. Código de Ética

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) do HSMM elaborou um Código de Ética, o qual foi homologado em setembro de 2010.

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.

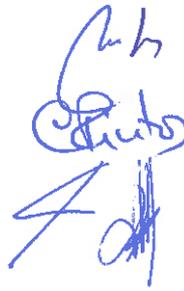
O código de Ética foi divulgado pelos colaboradores através de circular e também disponibilizado para consulta no portal interno do hospital e divulgado aos clientes/utentes e fornecedores através do site do HSMM.

Está disponível para consulta no site da internet (<http://www.hbarcelos.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F9EB7263-630C-489D-98C4-AA9F6641DEB9/29476/C%C3%B3digo%C3%89ticoHSMMAnexoBICA21.pdf>).

3. Referência à existência de Planos de Ação para prevenir fraudes internas e externas, assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação

O HSMM, como anteriormente mencionado, possui um PGRIC como instrumento de prevenção de fraudes internas e externas <http://www.hbarcelos.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0379BCF8-764E-4D76-8946-24C2B7709C8C/26673/HSMMPlanodeGest%C3%A3odeRiscosdeCorrup%C3%A7%C3%A3oeInfra%C3%A7%C3%B5esCone.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, 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).

26

## D. Deveres Especiais de Informação

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

a) Prestação de garantias financeiras ou assunção de dívidas ou passivos de outras entidades

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 e Portal SIGO (Sistema de Informação de Gestão Orçamental).

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 e Portal SIGO.

d) Orçamento anual e plurianual

As plataformas utilizadas são: Direção-Geral do Orçamento e SICA (Sistema de informação para Contratualização e Acompanhamento).

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.

27

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

A sede do Hospital Santa Maria Maior, EPE é em: Campo da República, Apartado 181, 4750-909 Barcelos ([http://www.hbarcelos.min-saude.pt/Contactos/Gerais/?sm=5\\_0](http://www.hbarcelos.min-saude.pt/Contactos/Gerais/?sm=5_0)). Os demais elementos mencionados no artigo 171º do CSC não estão divulgados no site.

- b) Estrutura e regulamentos de funcionamento dos órgãos e/ou comissões;

[http://www.hbarcelos.min-saude.pt/Hospital/Organizacao\\_HSMM/?sm=0\\_1](http://www.hbarcelos.min-saude.pt/Hospital/Organizacao_HSMM/?sm=0_1)

[http://www.hbarcelos.min-saude.pt/Hospital/Legislacao/?sm=0\\_2](http://www.hbarcelos.min-saude.pt/Hospital/Legislacao/?sm=0_2)

<http://www.hbarcelos.min-saude.pt/NR/ronlyres/F9EB7263-630C-489D-98C4-AA9F6641DEB9/15187/Estatutos1.pdf>

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

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

[http://www.hbarcelos.min-saude.pt/NR/ronlyres/F9EB7263-630C-489D-98C4-AA9F6641DEB9/27250/ModeloOrg%C3%A3osSociais\\_2012.pdf](http://www.hbarcelos.min-saude.pt/NR/ronlyres/F9EB7263-630C-489D-98C4-AA9F6641DEB9/27250/ModeloOrg%C3%A3osSociais_2012.pdf)

[http://www.hbarcelos.min-saude.pt/Hospital/Relatorio\\_Contas/?sm=0\\_3](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](http://www.hbarcelos.min-saude.pt/Hospital/Relatorio_Contas/?sm=0_3)

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

<http://www.acss.min-saude.pt/Direc%C3%A7%C3%B5eseUnidades/FinanciamentoeContratualiza%C3%A7%C3%A3o/Contratualiza%C3%A7%C3%A3oHHULS/tabid/288/language/pt-PT/Default.aspx>

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

Não se aplica.

28

## F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral

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

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;

No contrato-programa são estabelecidos objetivos de promoção da satisfação dos utentes, nomeadamente, objetivos associados a:

- Acesso – Percentagem de utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado; Percentagem das consultas externas c/ registo de alta no total da consulta externa; Percentagem de doentes cirúrgicos tratados em tempo adequado; Percentagem, doentes sinalizados p/ RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes



tratados; Tempo de espera para a triagem médica da consulta externa; Tratamento da retinopatia diabética; Rácio Consultas Médicas / Urgências;

- Desempenho Assistencial - Demora média; Percentagem de reinternamentos em 30 dias; Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo; Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas 1as 48 horas; Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório (GDH) no total de cirurgias programadas (GDH) - para procedimentos ambulatorizáveis; Percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos; Taxa de registo de utilização da "Lista de Verificação de Atividade Cirúrgica" - indicador relativo à cirurgia segura; Taxa de Referenciação para a RNCCI.

- 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.

Tendo em conta os objetivos de melhoria constantes do contrato-programa, foi implementada a contratualização interna com os vários serviços do hospital, fazendo corresponder objetivos individuais do serviço aos objetivos da instituição e logo à qualidade do serviço prestado e satisfação do utente, os quais são monitorizados mensalmente.

## VI. Remunerações

### A. Competência para a Determinação

1. Indicação quanto à competência para a determinação da remuneração

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] <sup>2</sup>
Remuneração dos membros da Comissão executiva	Não aplicável.
Remuneração dos dirigentes	Não aplicável.

<sup>2</sup> De acordo com o definido no artigo 18º dos Estatutos dos Hospitais.



2. Identificação dos mecanismos adotados para prevenir a existência de conflitos de interesses

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.

30

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

Não aplicável.

## C. Estrutura das Remunerações

1. 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. Estrutura das remunerações

### Conselho de Administração

As remunerações em vigor, para o ano 2014, 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: 4.531,89€, pago 14 vezes ao ano, acrescido de despesas de representação, no montante de 1.190,33€, pago 12 vezes ao ano.

**Enfermeira Diretora** – 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 83-C/2013, de 31 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.

### Fiscal Único

#### Ano 2013 – 2015

Fixada pelo nº 2 do Despacho nº 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 59º e 60º 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 no nº 1 e na alínea o) do nº 9 do artigo 33º da Lei nº 83-C/2013, de 31 de dezembro, bem como as reduções futuras que vierem a ser legalmente definidas.

## 3. Componente variável da remuneração

Não existe componente variável da remuneração.



4. Diferimento do pagamento da componente variável da remuneração

Não aplicável.

5. Atribuição de prémios de gestão

Durante a vigência do PAEF não há lugar à atribuição de prémios de gestão.

6. Regimes complementares de pensões ou de reforma antecipada para os administradores

32

Não aplicável.

## D. Divulgação das Remunerações

1. Remuneração anual auferida pelos membros do CA

As remunerações dos membros do CA estão indicadas no ponto "6.5 – orientações legais ao nível das remunerações", do Relatório e Contas de 2014.

Membro do CA	Remuneração Anual (€)				
	Variável	Fixa	Bruto (1)	Reduções Remuneratórias (2)	Valor após Reduções (3)=(1)-(2)
Fernando Marques	- €	69.931,84 €	69.931,84 €	8.245,97 €	61.685,87 €
Mário Soares Filipe	- €	77.730,42 €	77.730,42 €	9.105,17 €	68.625,25 €
Celeste Pinto	- €	55.945,58 €	55.945,58 €	6.551,21 €	49.394,37 €
Augusta Morgado	- €	55.945,58 €	55.945,58 €	6.321,34 €	49.624,24 €

Membro do CA	Benefícios Sociais (€)						
	Subsídio de Refeição		Regime Proteção Social		Seguro de Saúde	Seguro de Vida	Outros
	Valor/dia	Montante pago Ano	Identificar	Valor			
Fernando Marques	4,27 €	960,75 €	CGA/ADSE	8.207,65 €	- €	- €	- €
Mário Soares Filipe	4,27 €	960,75 €	CGA/ADSE	8.443,79 €	- €	- €	- €
Celeste Pinto	4,27 €	999,18 €	CGA/ADSE	6.579,65 €	- €	- €	- €
Augusta Morgado	4,27 €	930,86 €	S. Social	5.175,21 €	- €	- €	- €

2. Montantes pagos, por outras sociedades

Não aplicável.

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

Não aplicável.



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

Não aplicável.

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.

33

A remuneração auferida pelo Fiscal Único está indicada no ponto "6.5 – orientações legais ao nível das remunerações", do Relatório e Contas de 2014 e no ponto IV. D do presente relatório.

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

Não aplicável.

## VII. Transações com partes Relacionadas e Outras

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

Não aplicável.

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

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.

Pub  
Euto  
A  
A

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.

34

### 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, a atividade 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.

35

#### 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.

#### Contratação Pública (Parte II do CCP)

No seguimento da decisão de contratar e da autorização da despesa, o Serviço de Aprovisionamento 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	128ª E 129ª CCP	≤ 5.000	≤ 5.000	Convide a uma/várias entidades	Enviado por correio eletrónico
AJUSTE DIRETO GERAL*	122ª A 127ª CCP	<150.000	<75000	Convide a uma/vários 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	≥ 5.186.000	≥ 134.000	Convide a vários interessados	Procedimento disponibilizado na plataforma eletrónica "Vortal", e publicação no DR e JOUE
CONCURSO PÚBLICO SEM PUBLICAÇÃO DE ANÚNCIOS NO JOUE	130ª A 154ª (NORMAL); 155ª A 161ª (URGENTE)	< 5.186.000	< 134.000	Convide 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	≥ 5.186.000	≥ 134.000	Convide 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	162ª A 202ª CCP	< 5.186.000	< 134.000	Convide 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
Ajuste 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)

37

\* 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.



#### 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.

38

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.

39

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 (artº123º 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)

*Chb*  
*CP*  
*Ant*  
*A*

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.

40

#### 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)

##### Caução

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 nº 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 aplicável.

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

Os Fornecimentos e Serviços Externos (FSE), totalizam, em 2014, o valor de 4.134.180,86 €, sendo que 5% dos mesmos representam o valor de 206.709,04 €.

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

Fornecedor	NIF	Valor
SUCH – Serviço Utilização Comum dos Hospitais	500900469	243.653,52
CIMB – Centro de Imagem Médica de Barcelos, Lda.	501422773	247.275,04
Novartis Farma – Produtos Farmacêuticos, S.A.	500063524	258.390,36
Roche Sistemas Diagnósticos, Lda.	504282921	295.944,20
Roche Farmacêutica Química, Lda.	500233810	243.610,02
Air Liquide, S.A.	501576436	207.144,56
Instituto Português do Sangue, IP	502423943	242.812,30

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

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

Ver capítulo I. pontos 2 e 3, páginas 3 a 5 do presente relatório.

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

42

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;
- Etc.

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 VIII.3.a). do presente relatório).

A nível ambiental, o HSMM tem desenvolvido políticas em torno de vários eixos estratégicos, nomeadamente os referidos no ponto VIII.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.

Uma das áreas críticas identificadas pelo diagnóstico social, é nomeadamente o Alcoolismo - um gravíssimo problema do concelho, quer pela elevada incidência percebida quer pela presença detetada em problemáticas associadas – violência



doméstica, insucesso escolar, desestruturação familiar, negligência e abuso infantil, problemas de saúde específicos e exclusão social, com prevalência no género masculino e com forte incidência no género feminino. É uma questão prioritária inserida na problemática das dependências.

- 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.

44

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

As 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.

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

O HSMM não dispõe de 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, desde o Conselho de Administração, onde há paridade de género, às chefias e direções intermédias, onde há uma forte representação de ambos os géneros.

Em 31 de dezembro de 2014, no total de efetivos do quadro, mais de três quartos são mulheres.

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.

45

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 de novas tecnologias, quer em termos de equipamento básico, quer em termos de melhoramento dos sistemas de informação e comunicação.

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

Ajustamento de recursos humanos

- Reafecção de pessoal;
- Mobilidade interna de pessoal (principalmente enfermagem, assistentes operacionais) mediante necessidades dos serviços;
- Não substituição de profissionais em situações de ausência temporária exceto casos devidamente fundamentados em termos de custo benefício;
- Contratação de médicos para reforço dos serviços ou para novas unidades funcionais, nomeadamente:
  - Medicina Física e Reabilitação
  - Otorrinolaringologia
  - Medicina Interna
  - Psiquiatria
  - Medicina do Trabalho
  - Urologia



➤ **Cirurgia Geral**

- Ajustamento dos recursos humanos pela empresa prestadora de serviços, para colmatar falhas, nomeadamente, nos serviços de pediatria e cirurgia;
- Estabilização do funcionamento do serviço de imuno-hemoterapia com a contratação de pessoal médico para assegurar a consulta de hipocoagulação e apoio na área transfusional.

46

Sistemas de informação

- Upgrade a infraestrutura do SONHO;
- Upgrade a infraestrutura de Internet;
- Upgrade ao Sistema de Gestão de Presenças;
- Em avaliação um SI integrado na Gestão da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.
- Implementação e atualização dos novos equipamentos por via da centralização de compras do estado;
- Melhoria contínua e Upgrade ao Sistema de Logística e Farmácia Hospitalar;
- Implementação de todas as melhorias e atualizações dos sistemas de informação via SPMS.

Qualidade

- Reduzir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) através, nomeadamente:
  - Vigilância Epidemiológica (VE);
    - ✓ Prevalência de Infecção Associada aos Cuidados Saúde. (Participação no Inquérito Europeu)
    - ✓ Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS)
    - ✓ Percentagem de Infecções do local Cirúrgico.
    - ✓ Percentagem de Infecções por microrganismos epidemiologicamente significativos.
    - ✓ Incidência de MRSA – *Staphylococcus aureus* resistente á metilina.
    - ✓ Incidência de VRE – *Enterococcus* vancomicino resistente.
    - ✓ Incidência de ABMR - *Acinetobacter baumannii* multirresistente.
    - ✓ Incidência de ESBL – Enterobacteriáceas produtoras de beta-lactamases de espectro estendido.
    - ✓ Incidência de *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente.
    - ✓ Incidência do *Pneumococcus* Penicilina resistente.
  - Formação
    - Política de Formação:
      - ✓ Identificação das Necessidades Formativas.
      - ✓ Discussão do Plano de Formação em Reunião do Núcleo de Membros Dinamizadores.
      - ✓ Formação dos Dinamizadores.



- ✓ Replicação nos Serviços.
- Boas Práticas
  - ✓ Avaliação do nível de risco do doente para a infeção, desde que é admitido na unidade de saúde até à alta.
  - ✓ Campanha das Precauções Básicas de Controlo de Infeção.
  - ✓ Assegurar o Cumprimento das Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão nos Doentes Colonizados / Infetados
  - ✓ Adaptação de espaços de isolamento para doentes com patologias transmissíveis.
  - ✓ Envolvimento dos doentes e seus familiares/visitantes na implementação das medidas de prevenção.
  - ✓ Estratégias de uso racional de antimicrobianos:
    - Programa de apoio à prescrição de antimicrobianos. Consultadoria antibiótica entre o 2º e o 4º dia de terapêutica antibiótica com carbapenemes.
    - Consumo de Antimicrobianos por DDD.
  - ✓ Rastreio ativo de portadores em doentes com risco acrescido de colonização ou infeção por MRSA. Isolamento / Precauções de contacto. Descolonização dos doentes.
  - ✓ Aplicação regular de auditorias internas às práticas de controlo de infeção, complementarmente à VE de resultados.

#### Modelo de governação

- Consolidar especialidades já existentes;
- Desenvolvimento interno e articulação com outras entidades de outros níveis de cuidados, nomeadamente, cuidados paliativos através da criação de uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos que articulará com equipas de exterior de apoio ao domicílio, para doentes e familiares, quer seja ACES ou Santa Casa de Misericórdia.
- Os planos de ação a desenvolver para o futuro visam, nomeadamente:
  - Ao nível da consulta externa, melhorar o acesso às consultas solicitadas pelos médicos de família, promovendo melhor e mais rápida capacidade de resposta:
    - ✓ Aumentar o peso das primeiras consultas;
    - ✓ Reduzir tempos de espera;
    - ✓ O peso de consultas subsequentes deverá baixar para o máximo de 2,23 consultas subsequentes por cada primeira;
  - Reforçar a organização do bloco operatório criando regulamentos e equipa dirigente que promova a produtividade e o aproveitamento de recursos nesse setor de atividade;
  - Consolidar a estratégia desenvolvida para o hospital de dia, definindo regras de funcionamento através de circulares normativas internas.

## IX. Avaliação do Governo Societário

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

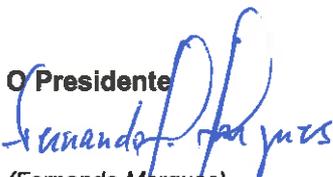
O Fiscal Único, através do seu Relatório e Parecer do Fiscal Único, relativo ao ano de 2014, atesta que: *“foi-nos apresentado o relatório de boas práticas de governo societário, o qual incluiu matérias referidas no Capítulo II do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, dando cumprimentos ao disposto no artigo 54º do mesmo diploma”*. Nesta senda o HSMM não tem recomendações relativas à estrutura e prática do governo societário.

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, 2 de novembro de 2015

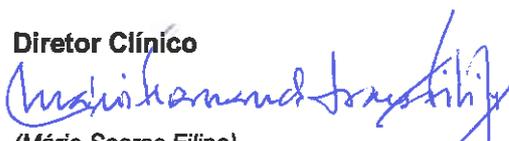
O Conselho de Administração

O Presidente  
  
(Fernando Marques)

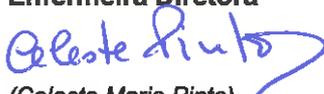
Vogal

  
(Augusta Morgado)

Diretor Clínico

  
(Mário Soares Filipe)

Enfermeira Diretora

  
(Celeste Maria Pinto)

Ch  
C  
A

## X. Anexos

### A. Declarações de Independência dos Membros do Conselho de Administração

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

### B. Declaração dos membros do CA

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

49



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

Eu, Fernando Manuel Marques 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, 31/03/2015



Fernando Marques  
Presidente do  
Conselho de Administração



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

Eu, Augusta Maria Pires Fernandes Morgado 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, 31/03/2015



Augusta Fernandes Morgado  
Vogal Executiva



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

Eu, Celeste Maria Garcia de Magalhães Meireles Pinto 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, 31/03/2015



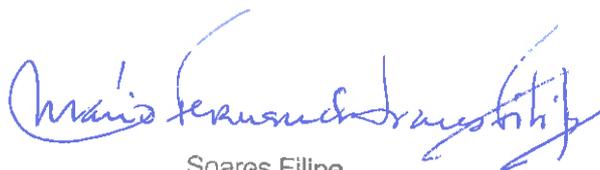
Celeste Pinto  
Enfermeira *Diretora*



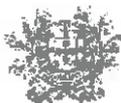
**DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA**  
(artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Mário Fernando Soares Filipe 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, 31/03/2015



Soares Filipe  
Diretor Clínico



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 FERNANDO MANUEL FARVES

Residência RUA ANTÓNIO FELFÓ, 33

Localidade VIANA DO CASTELO Código Postal 4900-442

Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão 4698106

2. Cargo

Cargo de que é titular PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL DE SANTA MARIA MAIOR, EPE - BARCELOS

Entidade/Serviço/Organismo HOSPITAL DE SANTA MARIA MAIOR, EPE

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 funções*

Data da posse 01 de MAIO de 2013

Acto de nomeação ou designação: RESOLUÇÃO DE CONSELHO DE MINISTROS Nº 11/2013, PUBLICADA NO DR, 2.º S, Nº 83, de 30 ABRIL 2013

**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**

~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~

**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)**

~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~

**7. Observações**

~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~

BARCELLOS, 21 de SETEMBRO de 2013

Sebastião P. Valente  
(Assinatura)



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 AGUSTA RACIA PIRES FERNANDES ROGAO

Residência RUA CENTRAL DE CANDEIRA, n.º 139

Localidade RIBEIRÃO Código Postal 4760-708

Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão 11439179

2. Cargo

Cargo de que é titular VOGAL EXECUTIVO

Entidade/Serviço/Organismo HOSPITAL SANTA TACIA TCAIOR, EPE

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 01 de TCaio de 2013

Acto de nomeação ou designação Resolução do Conselho de Ministros  
n.º 11/2013, publicada no DR n.º 89 de 30 de  
Abal de 2013.

## 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

Técnicas Superior no Centro Hospitalar de Lisboa  
Ocidental, Directora do Serviço de Gestão Hotelaria na  
mesma instituição, Autarquia Interna na mesma instituição.

## 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)

## 7. Observações

Beja, 26 de Setembro de 2013

Augusta Maria Pinheiro (Assinatura)



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 Oléste Maria Garcia de Magalhães Feireles  
Pinto

Residência Rua do Panorama, 110

Localidade Canelas Código Postal 4610-259

Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão 6253549

2. Cargo

Cargo de que é titular Enfermeira Diretora

Entidade/Serviço/Organismo Hospital de Santa Maria da Boa Vista, EPE

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 01 de Maio de 2013

Acto de nomeação ou designação Resolução de Conselho de  
Administradores n.º 11/2013, publicada no DR, 2.ª S, n.º 83, de 30 de Abril  
de 2013.





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	MÁRIO FERNANDO SOARES FILIPE		
Residência	RUA NOVA DE PERLINHAS, 189 - 6º ESQUERDO		
Localidade	RIO TINTO	Código Postal	4435 - 353
Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão	2862162		

## 2. Cargo

Cargo de que é titular	DIRECTOR CLÍNICO DO HOSPITAL DE SANTA MARIA MAIOR -		
Entidade/Serviço/Organismo	BARCELOS		
<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 da posse	de	de	
Acto de nomeação ou designação	Resolução n.º 11/2013, DR 2ª série n.º 83, 30.04.2013		

**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**

Director clínico Hospital João Maria -  
Bacelos

**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)**

/

**7. Observações**

/

Bacelos, 04 de Novembro de 2013

João Maria  
(Assinatura)