



**Relatório  
de  
Governo  
Societário**

**2015**

Hospital Santa Maria Maior, EPE

Relatório de Boas Práticas de  
Governo Societário adotadas em  
2015

21/2  
20

## Índice

|       |  |    |
|-------|--|----|
| I.    | Síntese .....  | 3  |
| II.   | Missão, Objetivos e Políticas .....  | 3  |
| III.  | Estrutura de capital .....   | 6  |
| IV.   | Participações Sociais e Obrigações detidas .....                                       | 7  |
| V.    | Órgãos Sociais e Comissões .....   | 7  |
| A.    | Assembleia Geral .....   | 7  |
| B.    | Administração e Supervisão .....   | 7  |
| C.    | Fiscalização .....   | 19 |
| D.    | Revisor Oficial de Contas (ROC) .....  | 19 |
| E.    | Auditor Externo .....  | 20 |
| VI.   | Organização Interna .....  | 22 |
| A.    | Estatutos e Comunicações .....   | 22 |
| B.    | Controlo interno e gestão de riscos .....  | 23 |
| C.    | Regulamentos e Códigos .....   | 27 |
| D.    | Deveres Especiais de Informação .....  | 28 |
| E.    | Sítio da Internet .....  | 29 |
| F.    | Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral .....                               | 30 |
| VII.  | Remunerações .....   | 32 |
| A.    | Competência para a Determinação .....  | 32 |
| B.    | Comissão de Fixação de Remunerações .....  | 33 |
| C.    | Estrutura das Remunerações .....   | 33 |
| D.    | Divulgação das Remunerações .....  | 35 |
| VIII. | Transações com partes Relacionadas e Outras .....                                      | 36 |
| IX.   | Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económicos, social e ambiental ... | 45 |
| X.    | Avaliação do Governo Societário .....  | 50 |
| XI.   | Anexos .....   | 51 |
| A.    | Declarações de Independência dos Membros do Conselho de Administração .....            | 51 |
| B.    | Declaração dos membros do CA .....   | 51 |

## I. Síntese

O presente relatório visa dar cumprimento ao disposto no artigo 54º do Regime Jurídico do Setor Empresarial do Estado (Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro), que estabelece no seu n.º 1 que “As empresas públicas apresentam anualmente relatórios de boas práticas de governo societário...” e no seu n.º 2 que “Compete aos órgãos de fiscalização aferir no respetivo relatório o cumprimento da exigência prevista no ponto anterior”.

Em 2015, podemos destacar como mudanças mais significativas, em matéria de boas práticas, os seguintes pontos:

- Atualização do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, dando cumprimento ao solicitado pelo Conselho de Prevenção da Corrupção, através da Recomendação de 1 de julho de 2015;
- Revisão do Código de Ética para a saúde;

Os membros do Conselho de Administração, nomeados para o triénio 2013-2015, cessaram os respetivos mandatos em 31/12/2015. Em 17 de março de 2016, foi nomeado um novo Conselho de Administração, constituído pelos seguintes elementos:

**Presidente:** Joaquim Manuel Araújo Barbosa  
**Vogal Executiva:** Maria José Correia Simões  
**Diretor Clínico:** Rui Nuno Machado Guimarães  
**Enfermeiro Diretor:** Manuel Joaquim de Brito Passos

## II. Missão, Objetivos e Políticas

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

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

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

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

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

O HSMM elaborou um Plano Estratégico para o triénio 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 2014 | Realizado 2015 | Objetivo 2015 | Grau de Cumprimento* |
|--|----------------|----------------|---------------|----------------------|
| <b>Acesso</b>  |                |                |               |                      |
| Percentagem das primeiras consultas no total de consultas médicas  | 30,8%          | 33,1%          | 31,00%        | 106,77%              |
| Percentagem de utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado   | 80,2%          | 83,5%          | 82,70%        | 100,97%              |
| Percentagem das consultas externas c/ registo de alta no total da consulta externa   | 14,1%          | 13,6%          | 15,00%        | 90,67%               |
| Percentagem de inscritos em LIC (neoplasias malignas) com TE ≤ ao TMRG   | 100,0%         | 100,0%         | 99,00%        | 101,01%              |
| Percentagem, doentes sinalizados p/ RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados   | 18,1%          | 19,9%          | 18,00%        | 110,61%              |
| <b>Desempenho Assistencial</b>   |                |                |               |                      |
| Demora média (dias)  | 7,4            | 7,6            | 7,2           | 94,74%               |
| Percentagem de reinternamentos em 30 dias (%)  | 9,0%           | 9,4%           | 7,90%         | 81,01%               |
| Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo (%)   | 0,7%           | 0,9%           | 0,80%         | 87,50%               |
| Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas 1 <sup>as</sup> 48 horas  | 14,5%          | 15,9%          | 60,00%        | 26,50%               |
| Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório (GDH) no total de cirurgias programadas (GDH) - para procedimentos ambulatorizáveis (%) | 81,9%          | 85,3%          | 86,00%        | 99,19%               |
| Percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos (%)                                 | 30,9%          | 31,1%          | 50,00%        | 62,20%               |
| Taxa de registo de utilização da "Lista de Verificação de Atividade Cirúrgica" - Indicador relativo à cirurgia segura (%)                  | 99,9%          | 99,9%          | 99,00%        | 100,91%              |
| <b>Desempenho económico-financeiro</b>   |                |                |               |                      |
| Percentagem dos custos com horas extraordinárias, suplementos e FSE (selecionados), no total de custos com pessoal                         | 13,8%          | 14,2%          | 12,40%        | 85,48%               |
| EBITDA (€)   | -229.828 €     | 125.219 €      | ≥0            | 120,00%              |
| Acréscimo de Dívida Vencida (€)  | 592.401 €      | -364.955 €     | ≤0            | 120,00%              |
| Percentagem de proveitos operacionais extra contrato-programa, no total de proveitos operacionais  | 5,0%           | 10,1%          | 10,00%        | 101,00%              |
| <b>Objetivos Regionais</b>   |                |                |               |                      |
| Tempo de espera para a triagem médica da consulta externa (dias)   | 4,2            | 4,6            | 5             | 109%                 |
| Tratamento da retinopatia diabética  | 0              | 100%           | ≤= 30 dias    | 100%                 |
| Taxa de Referência para a RNCCI (%)  | 11,8%          | 10,8%          | 11,00%        | 98%                  |
| Rácio Consultas Médicas / Urgências (%)  | 0,90           | 0,98           | 1,1           | 89%                  |
| Controlo de Infecção Associado a Cuidados de Saúde (IACS)  | 100,00%        | 100,00%        | 100%          | 100%                 |

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

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 contínuos 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 prescritor, 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.

5

Todos os objetivos são alvo de monitorização mensal com o intuito que os mesmos possam vir a ser alcançados.

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

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

A nível interno podemos considerar como fatores-chave:

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

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

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

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

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

Em paralelo, no decurso do ano, todos os indicadores em causa, individuais e coletivos, foram pormenorizadamente monitorizados, permitindo desta forma que, atempadamente, se pudessem

levar a efeito as correções e ajustamentos possíveis e necessários, tendo em vista os objetivos institucionais definidos.

### III. Estrutura de capital

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

6

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 2015, 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. Identificação de eventuais limitações à titularidade e/ou transmissibilidade das ações

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

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

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



## IV. Participações Sociais e Obrigações detidas

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

O HSMM,EPE, é Associado da entidade SUCH – Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, pagando para o efeito uma quota. No exercício económico de 2015, o HSMM contribuiu com 18.000€ (dezoito mil euros) 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, nos termos do n.º 5 do artigo 447.º do CSC

Não aplicável.

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

Não aplicável.

## V. Órgãos Sociais e Comissões

### A. Assembleia Geral

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

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

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

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

### B. Administração e Supervisão

1. Identificação do modelo de governo adotado



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

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

Nos termos dos Estatutos 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.

8

Nesta conformidade, o Conselho de Administração do HSMM, em funções no exercício de 2015, foi nomeado através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 11/2013, sob proposta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde.

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

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

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

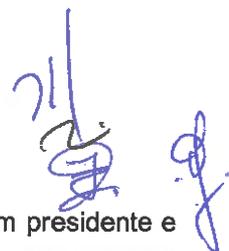
O Conselho de Administração pode ser dissolvido perante as situações previstas no artigo 24º do EGP e artigo 14º dos Estatutos do Hospitais EPE ou livremente dissolvido por mera conveniência conforme determinado no artigo 26º do EGP.

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

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

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

<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.



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<br>(Início - Fim) | Cargo | Nome                               | Designação                                  |            | Remunerações      |                    |
|---------------------------|-------|------------------------------------|---|------------|-------------------|--------------------|
|                           |       |                                    | Forma <sup>(1)</sup>                        | Data       | Entidade Pagadora | O/D <sup>(2)</sup> |
| 2013-2015                 | PCA   | Fernando Marques                   | Resolução Conselho de Ministros n.º 11/2013 | 30-04-2013 | HSMM              | D                  |
| 2013-2015                 | VE    | Augusta Morgado                    | Resolução Conselho de Ministros n.º 11/2013 | 30-04-2013 | HSMM              | D                  |
| 2013-2015                 | DC    | Mário Soares Filipe <sup>(3)</sup> | Resolução Conselho de Ministros n.º 11/2014 | 30-04-2013 | HSMM              | O                  |
|                           |       | Rui Guimarães <sup>(4)</sup>       | Resolução Conselho de Ministros n.º 34/2015 | 12-06-2015 | HSMM              | O                  |
| 2013-2015                 | ED    | Celeste Pinto                      | Resolução Conselho de Ministros n.º 11/2013 | 30-04-2013 | HSMM              | D                  |

**Legenda:**

<sup>(1)</sup> Resolução (R) / Assembleia Geral (AG) / Deliberação Unânime p Escrito (DUE) / Despacho (D); <sup>(2)</sup> O/D – Origem / Destino

<sup>(3)</sup> Exerceu funções até 11/06/2015. <sup>(4)</sup> Iniciou funções a 12/06/2015.

PCA - Presidente Conselho de Administração

DC - Diretor(a) Clínico(a)

VE - Vogal Executiva

ED - Enfermeiro(a) Diretor(a)

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

O Conselho de Administração é constituído apenas por membros executivos.

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

### Fernando Marques – Presidente do Conselho de Administração

#### 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 de Cidadão nº 04698106

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

10

## **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

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 (exerceu funções até 11/06/2015)**

**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

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;

**Rui Guimarães - Diretor Clínico (iniciou funções a 12/06/2015)**

**I – Elementos de identificação:**

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

Natural da freguesia de: Santa Cruz



Concelho de: Coimbra

Distrito: Coimbra

Nascido em: 15 de outubro 1976

Cartão de cidadão n.º 10736807 2ZY4

Residência: Fraião - Braga

## II – Habilitações literárias e profissionais:

12

Licenciatura em Medicina na Faculdade de Medicina Universidade de Coimbra (2000). Pós – Graduação em Climatologia e Hidrologia na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (2001). Mestrado em Saúde Ocupacional na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (2004). Pós –Graduação em Gestão de Unidades de Saúde na Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho (2014). Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde, AESE — Business School (2015).

## III – Experiência profissional:

Diretor Clínico do Hospital Santa Maria Maior, EPE (desde junho 2015). Coordenador Grupo de Trabalho do Doente Crítico no âmbito da Comissão de Acompanhamento da Informatização Clínica dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (desde 2015). Assistente Hospitalar do Serviço de Anestesiologia do Hospital de São Marcos — Braga (de 2006 a 2015). Organizador e formador no InANESTESIA (desde 2011). Responsável pela organização das Tertúlias de Anestesiologia (desde 2010). Coordenador da Unidade Funcional de Formação do Serviço Anestesiologia do Hospital de Braga (de 2010 a 2015). Membro da Direção da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (desde 2009). Membro do Conselho Científico do Centro Português do Comité Europeu para a Educação em Anestesiologia da European Society of Anesthesiology (desde 2009). Médico da Viatura Médica de Emergência e Reanimação do INEM do Hospital de São Teotónio e posteriormente do Hospital de São Marcos (de 2003 s 2011). Coordenador do Conselho Nacional do Médico Interno da Ordem dos Médicos (de 2003 a 2009). Vice –Chairmen Medical Training, Continuing Professional Development and Quality Improvement Subcommittee do Standing Committee of European Doctors (2009). Presidente do European Juniors Doctors (de 2005 a 2009). Presidente da Comissão Organizadora dos II, III e XIII Congresso Nacional de Medicina/IV Congresso Nacional do Médico Interno (de 2005 a 2007). Presidente da comissão organizadora do I MostrEM — Mostra de Especialidades Médicas (2006). Médico do Internato Complementar de Anestesiologia no Hospital de São Teotónio (de 2003 a 2006). Docente da Universidade Católica Portuguesa (de 2001 a 2006). Médico no SPA Termal de Alcafache e Termas do Carvalhal (de 2002 a 2005). Docente convidado na Escola Superior de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu (de 2003 a 2006). Membro da comissão de médicos internos do Hospital de São Teotónio (de 2001 a 2003). Médico do Internato Geral no Hospital de São Teotónio (de 2001 a 2002). Membro do Senado da Universidade de Coimbra (de 1999 a 2001). Membro da Assembleia de Representantes da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (de 1997 a 1999). Membro do Conselho Diretivo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

**Celeste Maria Pinto - Enfermeira Diretora**

## 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

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 Carvalho;

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

Declarações em anexo.

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

Não aplicável.

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

Handwritten signature and initials in blue ink.

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:

|  | PCA              | VE              | DC                           |                              | ED            |
|--|------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------|---------------|
|  | Fernando Marques | Augusta Morgado | Soares Filipe <sup>(1)</sup> | Rui Guimarães <sup>(2)</sup> | Celeste 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                            | X                            |               |
| Serviços Financeiros                               | X                |                 |                              |                              |               |
| Serviços Hoteleiros                                |                  | X               |                              |                              |               |
| Unidade Funcional de Nutrição                      |                  |                 | X                            | X                            |               |
| Unidade Funcional de Psicologia                    |                  |                 | X                            | X                            |               |

<sup>(1)</sup> Exerceu funções até 11 de junho de 2015. <sup>(2)</sup> Iniciou funções em 12 de junho de 2015. A delegação de competências foi realizada pelo CA a 12 de novembro de 2015, com efeitos à data de início de funções do Sr. Diretor Clínico (Dr. Rui Guimarães).

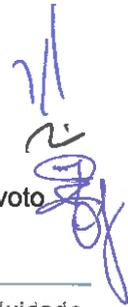
Existe delegação de competências, deliberação do Conselho de Administração, de 18 de julho de 2013, podendo a Vogal Executiva autorizar a abertura de procedimentos, a sua adjudicação e pagamento de despesas até ao montante legalmente previsto de 75.000€, na locação e aquisição de bens e serviços, e nas empreitadas e obras públicas. A autorização de despesas de montantes acima de 75.000€ é da competência do Conselho de Administração.

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

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

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

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



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

| Cargo | Nome                               | Total Realizadas | Total Presenciadas | Grau Assiduidade |
|-------|------------------------------------|------------------|--------------------|------------------|
| PCA   | Fernando Marques                   | 55               | 53                 | 96%              |
| VE    | Augusta Morgado                    | 55               | 53                 | 96%              |
| DC    | Mário Soares Filipe <sup>(1)</sup> | 26               | 13                 | 50%              |
|       | Rui Guimarães <sup>(2)</sup>       | 29               | 27                 | 93%              |
| ED    | Celeste Pinto                      | 46               | 45                 | 98%              |

PCA - Presidente Conselho de Administração

VE - Vogal Executiva

<sup>(1)</sup> Exerceu funções até 11 de junho de 2015.

<sup>(2)</sup> Iniciou funções em 12 de junho de 2015.

DC - Diretor(a) Clínico(a)

ED - Enfermeiro(a) Diretor(a)

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

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

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

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

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

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

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

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

- i. **Comissão de ética** (nomeada a 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)

*Handwritten signature in blue ink.*

Dr.<sup>a</sup> 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 08 e 19 de janeiro de 2015)

Composição:

Dr. Fernando Marques (Presidente do CA)  
Dr. Rui Guimarães (Diretor Clínico)  
Enf.<sup>a</sup> Celeste Pinto (Enf.<sup>a</sup> Diretora) (cessou funções em 9/11/2015)  
Enf.<sup>a</sup> Aura Gonçalves (C CIRA)  
Enf.<sup>a</sup> Laurinda Miranda (Enf.<sup>a</sup> Chefe Medicina)  
Dr.<sup>a</sup> Ana Marta Dias (Assistente Social)  
Dr.<sup>a</sup> Maria João Peixoto (Téc. Superior Saúde – Farmacêutica)  
Dr.<sup>a</sup> Cristina Pereira (Auditoria Interna)

Competências e síntese das atividades desenvolvidas:

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

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

Composição:

Enf.<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 12 de fevereiro de 2015)

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)

Dr.<sup>a</sup> Fernanda Lima (Assistente Técnica) (sem direito a voto)

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) (cessou funções em 2015)  
Dr. Nuno Pires (Médico – Resp. Unidade Pneumologia)  
Dr. Joaquim Beleza (Médico – Resp. Unidade ORL)  
Dr. Vítor Soares (Médico – Resp. Unidade Oftalmologia) (aposentou-se em 2015)

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.

18

vi. **Direção de enfermagem** (nomeada a 21 de agosto de 2014)

Composição:

Enf.<sup>a</sup> Celeste Pinto (Presidente) (cessou funções em 9/11/2015)  
Enf.<sup>a</sup> Supervisora Rosa Maria Ribeiro  
Enf.<sup>a</sup> Fernanda Silva  
Enf.<sup>a</sup> Laurinda Amorim Miranda  
Enf.<sup>a</sup> Maria Conceição Sousa  
Enf.<sup>o</sup> Carlos Caldas  
Enf.<sup>o</sup> Rui Gomes  
Enf.<sup>a</sup> Luísa Albuquerque  
Enf.<sup>a</sup> Gracinda Natália Paredes  
Enf.<sup>a</sup> Maria do Carmo Soares

Competências e síntese das atividades desenvolvidas:

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

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

Composição:

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

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

Nesta conformidade, foi nomeado para o triénio 2013-2015, pelo do Despacho n.º 1088/13 – SET, de 28 de maio, para Fiscal Único Efetivo a sociedade “Pontes, Baptista & Associados, SROC” n.º 209, representada pelo Sérgio Leonel Pinto da Costa Pontes, ROC n.º 1180. Licenciado em Gestão pelo Instituto Superior de Economia e Gestão – ISEG/UTL. Pós graduado em Fiscalidade pelo Instituto Superior de Gestão – ISG. Mestre em Contabilidade e Auditoria pela Universidade Aberta. 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.

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.



O Fiscal Único designado não está inscrito na CMVM.

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

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

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

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

A sociedade Pontes, Baptista & Associados, SROC exerce funções consecutivamente junto do HSMM desde 2010, o que perfaz cerca de 6 anos e meio.

| Mandato<br>(Início - Fim) | Cargo                 | Identificação SROC/ROC              |                      |                    | Designação           |            |              | Nº de anos de funções exercidas no grupo | Nº de anos de funções exercidas na entidade |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------|--------------------|----------------------|------------|--------------|--|---|
|                           |                       | Nome                                | Nº inscrição na OROC | Nº registo na CMVM | Forma <sup>(1)</sup> | Data       | Contratada * |  |   |
| 2013-2015                 | Fiscal Único Efetivo  | Pontes, Baptista & Associados       | 209                  |                    | D                    | 28-05-2013 | 795,1        | N.A.                                     | 6   |
| 2013-2015                 | Fiscal Único Suplente | Dr. Luís Fernando da Costa Baptista | 1198                 |                    | D                    | 28-05-2013 | -            | N.A.                                     | 3   |

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

\* 22,5% da remuneração mensal ilíquida do PCA

| Nome                                | Remuneração Anual 2015 (€) |                             |                            |   |
|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|---|
|                                     | Bruto (1)                  | Reduções Remuneratórias (2) | Reversão Remuneratória (3) | Valor após Reduções <sup>a)</sup> (4) = (1) - (2) + (3) |
| Pontes, Baptista & Associados, SROC | 9.541 €                    | 954 €                       | 191 €                      | 8.778 €   |

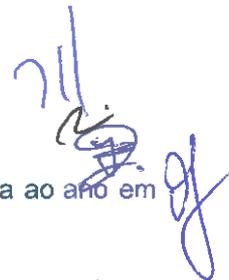
<sup>a)</sup> O valor pago em 2015 ao Fiscal Único totalizou 9.541€, pois por lapso não foi aplicada redução remuneratória. No entanto, foi emitida, em 2016, Nota de Crédito no montante de 763,20€ para regularizar esta situação (9.541,20€ - 8.778,00€).

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

Não são prestados outros serviços pela SROC ao HSMM.

## E. Auditor Externo

- Identificação do auditor externo designado e do sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções, bem como o respetivo número de registo na CMVM, assim como a indicação do número de anos em que o auditor externo e o respetivo sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções exercem funções consecutivamente



junto da entidade e/ou do grupo, bem assim como a remuneração relativa ao ano em referência, apresentados segundo o formato seguinte:

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

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

21

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

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

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

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

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

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

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

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



## VI. Organização Interna

### A. Estatutos e Comunicações

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

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.

22

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

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

De acordo com o disposto nos Estatutos, o HSMM dispõe de um Sistema de Controlo Interno e de Comunicação de Irregularidades, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao Auditor Interno a responsabilidade pela sua avaliação. Neste âmbito foi 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:

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

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

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

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

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

Nos termos do estabelecido no artigo 51.º do decreto-lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, os membros do conselho de administração declararam que se abstêm de intervir nas decisões que

envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas, conforme declarações anexas ao presente relatório.

Existe ainda um Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC) disponível em <http://www.hbarcelos.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0379BCF8-764E-4D76-8946-24C2B7709C8C/29862/PlanodeGest%C3%A3odeRiscosdeCorrup%C3%A7%C3%A3oelinfra%C3%A7%C3%B5esConexasa.pdf> no qual foram identificados os riscos e apresentadas medidas que ajudarão a prevenir a sua ocorrência e, anualmente, é elaborado um relatório de execução do mesmo.

## B. Controlo interno e gestão de riscos

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

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

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

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

- i. Manuais de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos:

- Gestão de Contas a Receber e Gestão de Contas a Pagar;
- Gestão de Compras;
- Gestão de Imobilizado;
- Gestão de Tesouraria;
- Contabilidade Geral/ Orçamental/ Analítica;
- Logística/ Farmácia;

- ii. Outros manuais/regulamentos

- Regulamento de Comunicação de Irregularidades;
- Regulamento de Transportes de Doentes não Urgentes;
- Regulamento de Requisição/Prescrição de MCDT ao Exterior;
- Regulamento de Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio;
- Manual de Procedimentos de Combate ao Desperdício Alimentar;
- Manual de Procedimentos do Fundo de Manelo;
- Entre outros.

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



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

Conscientes da relevância de um sistema de controlo interno eficaz e eficiente, e, no sentido de reforçar o sistema de controlo já existente, o CA 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.

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

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 PGRCIC estão sistematizados os riscos mais relevantes e respetivas medidas de diversas áreas, nomeadamente:

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

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

- i. Plano de Autoproteção em Segurança Contra Incêndios em Edifícios – elaborado pelo Serviço de Segurança no Trabalho, com parecer favorável da Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANCP), emitido em 14 de setembro de 2015. Faz ainda parte do documento o Plano de Prevenção e o Plano de Emergência Interno;
  - ii. Política de Segurança e Saúde no trabalho - elaborado pelo Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho, aprovado pelo CA em setembro de 2013, através do qual se estabelece uma política e estratégia de segurança no trabalho no HSMM;
  - iii. Plano Anual de Auditoria Interna – elaborado anualmente pelo Serviço de Auditoria Interna e CA, o qual contempla ações de auditoria realizadas no âmbito das diversas áreas referenciadas no Decreto-lei n.º 244/2012 de 9 de novembro, nomeadamente, área contabilística, financeira, operacional, informática e de recursos humanos.
  - iv. Plano de Atividades Anual da Qualidade – coordenado pela Comissão da Qualidade e Segurança do Doente, o qual contempla diversas ações, nomeadamente, no âmbito da promoção da governação clínica, prevenção e controlo de infeções e resistências aos antimicrobianos, implementação de práticas seguras na utilização de medicação e na identificação inequívoca do doente, prevenção de ocorrência de úlceras de pressão e quedas.
4. **Explicitação, ainda que por inclusão de organograma, das relações de dependência hierárquica e/ou funcional face a outros órgãos ou comissões da entidade**

O Serviço de Auditoria Interna depende, conforme definido no estatuto dos HEPE, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração.

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

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

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

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

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

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

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

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

Outro fator, em sede de jurídica, é o pagamento de custas de parte, decorrentes do decaimento de processos judiciais (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. Descrição do processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação de riscos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### C. Regulamentos e Códigos

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

O HSMM 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.

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

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

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

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

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

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

Está disponível para consulta no site da internet (<http://www.hbarcelos.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F9EB7263-630C-489D-98C4-AA9F6641DEB9/29926/C%C3%B3digo%20de%20C%C3%89tico%20do%20HSMM%20PE1.pdf>).

3. Referência à existência do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC) para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros), assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação. Indicação relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor relativas à prevenção da corrupção e sobre a elaboração do Relatório Identificativo das Ocorrências, ou Risco de Ocorrências (vide alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro). Indicação do local no sítio da entidade onde se encontra publicitado o respetivo Relatório Anual de Execução do PGRIC

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/29862/Plano%20de%20Gest%C3%A3o%20de%20Riscos%20de%20Corrup%C3%A7%C3%A3o%20e%20Infra%C3%A7%C3%B5es%20Conexas.pdf>).

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

Anualmente, é elaborado um relatório de execução do Plano (<http://www.hbarcelos.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0379BCF8-764E-4D76-8946-24C2B7709C8C/30226/Relat%C3%B3rio%20Anual%20de%20Execu%C3%A7%C3%A3o%20do%20Plano%20de%20Gest%C3%A3o%20de%20Riscos%20de%20C.pdf>), através do qual são identificadas, as medidas implementadas e resultados obtidos, medidas por implementar e motivos da não implementação, é efetuada ainda uma avaliação da necessidade de revisão dos riscos e controlos anteriormente identificados.

Tanto o Plano como o Relatório são enviados a diversas entidades, nomeadamente, Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), Inspeção-Geral de Finanças (IGF), Direção-Geral do Tesouro e Finanças (DGTF), Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN).

## D. Deveres Especiais de Informação

1. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de informação a que a entidade se encontra sujeita, nomeadamente os relativos ao reporte de informação económica e financeira, a saber
  - a) Prestação de garantias financeiras ou assunção de dívidas ou passivos de outras entidades, mesmo nos casos em que assumam organização de grupo

O HSMM não presta garantias financeiras.

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

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

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

As plataformas utilizadas são: Direção-Geral do Orçamento e Portal SIGO.

- d) Orçamento anual e plurianual

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

- e) Documentos anuais de prestação de contas

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

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

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

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

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

## E. Sítio da Internet

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

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

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

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

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

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

<http://www.hbarcelos.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F9EB7263-630C-489D-98C4-AA9F6641DEB9/28129/CircInformativan56.pdf>

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

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

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

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

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

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

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

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





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

b) Modelo de financiamento, prevendo penalizações em caso de incumprimento;

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

31

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 inscritos em LIC (neoplasias malignas) com tempo de espera menor ou igual ao TMRG; 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.

21  
[Handwritten signature]

## VII. Remunerações

### A. Competência para a Determinação

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

32

| 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 |   |
| Remuneração dos dirigentes                    | Não aplicável.  |

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

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

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

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.

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

Handwritten signature in blue ink.

## B. Comissão de Fixação de Remunerações

Não aplicável.

## C. Estrutura das Remunerações

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

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

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

Aos membros do Conselho de Administração não é permitida:

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

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

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

## Conselho de Administração

As remunerações em vigor, para o ano 2015, para os membros do Conselho de Administração são as seguintes:

**Presidente do Conselho de Administração** – valor mensal ilíquido: 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 ilíquido: 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 ilíquido: 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.

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

A estes valores são aplicadas as reduções previstas na Lei n.º 12-A/2010, de 30 de junho, e Lei n.º 82-B/2014, de 31 de Dezembro

34

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. Referência, se aplicável, à existência de uma componente variável da remuneração, critérios de atribuição e informação sobre eventual impacto da avaliação de desempenho nesta componente

Não existe componente variável da remuneração.

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

Não aplicável.

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

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

6. Referência a regimes complementares de pensões ou de reforma antecipada para os administradores e data em que foram aprovados em assembleia geral, em termos individuais.

Não aplicável.

#### D. Divulgação das Remunerações

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

As remunerações dos membros do CA estão indicadas no ponto "6.5 – orientações legais ao nível das remunerações", do Relatório e Contas de 2015.

| Membro do CA           | Estatuto do Gestor Público |               |                              |                           |
|------------------------|----------------------------|---------------|------------------------------|---------------------------|
|                        | Fixado (S/N)               | Classificação | Remuneração mensal bruta (€) |                           |
|                        |                            |               | Vencimento                   | Despesas de representação |
| Fernando Marques a)    | 3.719,78 €                 | C             | 3.719,78 €                   | 1.487,91 €                |
| Mário Soares Filipe a) | 4.531,89 €                 | C             | 4.531,89 €                   | 1.190,33 €                |
| Rui Guimarães a)       | 3.398,92 €                 | C             | 3.398,92 €                   | 1.190,33 €                |
| Celeste Pinto a)       | 2.975,83 €                 | C             | 2.975,83 €                   | 1.190,33 €                |
| Augusta Morgadoa)      | 2.975,83 €                 | C             | 2.975,83 €                   | 1.190,33 €                |

a) S/N ; RB; DR - s/cortes 5% e sem cortes orçamento de estado de 2015

| Membro do CA           | Remuneração Anual (€) |             |             |                             |  |                             |
|------------------------|-----------------------|-------------|-------------|-----------------------------|--|-----------------------------|
|                        | Variável              | Fixa*       | Bruto (1)   | Reduções Remuneratórias (2) | Reversão Remuneratória (3) <sup>a)</sup> | Valor final (4)=(1)-(2)+(3) |
| Fernando Marques       | - €                   | 62.492,28 € | 69.931,84 € | 8.750,76 €                  | 1.313,51 €                               | 62.494,59 €                 |
| Mário Soares Filipe a) | - €                   | 30.709,25 € | 37.267,90 € | 4.654,15 €                  | 708,09 €                                 | 33.321,84 €                 |
| Celeste Pinto b)       | - €                   | 41.731,34 € | 47.311,08 € | 5.760,25 €                  | 866,05 €                                 | 42.416,88 €                 |
| Augusta Morgado        | - €                   | 49.994,28 € | 55.946,00 € | 6.799,21 €                  | 1.000,74 €                               | 50.147,53 €                 |
| Rui Nuno Machado c)    | - €                   | 30.595,00 € | 32.483,29 € | 3.893,27 €                  | 0,00 €                                   | 28.590,02 €                 |

<sup>a)</sup> cessou C.serviço em 11-06-2015 <sup>b)</sup> Cessou C. Serviço 09-11-2015

<sup>c)</sup> Iniciou funções em 12-06-2015 <sup>d)</sup> Reduções referentes ao ano de 2014



| Membro do CA        | Benefícios Sociais (€)        |                           |                        |                           |                |                 |        |
|---------------------|-------------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|----------------|-----------------|--------|
|                     | Valor do Subsídio de Refeição |                           | Regime Proteção Social |                           | Seguro de Vida | Seguro de Saúde | Outros |
|                     | Diário                        | Encargo anual da entidade | Identificar            | Encargo anual da entidade |                |                 |        |
| Fernando Marques    | 4,27 €                        | 960,75 €                  | CGA/ADSE               | 14.530,36 €               | - €            | - €             | - €    |
| Mário Soares Filipe | 4,27 €                        | 392,84 €                  | CGA/ADSE               | 8.537,79 €                | - €            | - €             | - €    |
| Rui Guimarães       | 4,27 €                        | 538,02 €                  | S. Social/ADSE         | 6.732,33 €                |                |                 |        |
| Celeste Pinto       | 4,27 €                        | 858,27 €                  | CGA/ADSE               | 10.752,41 €               | - €            | - €             | - €    |
| Augusta Morgado     | 4,27 €                        | 999,18 €                  | S. Social              | 11.039,36 €               | - €            | - €             | - €    |
|                     |                               | <b>3.749,06 €</b>         |                        | <b>51.592,25 €</b>        | - €            | - €             | - €    |

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

Não aplicável.

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

Não aplicável.

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

Não aplicável.

- Montante anual da remuneração auferida pelos membros do órgão de fiscalização

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

A remuneração auferida pelo Fiscal Único está indicada no ponto "6.5 – orientações legais ao nível das remunerações", do Relatório e Contas de 2015 e no ponto V. D do presente relatório.

- Remuneração no ano de referência dos membros da mesa da assembleia geral

Não aplicável.

## VIII. Transações com partes Relacionadas e Outras

- Mecanismos implementados para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas

Não aplicável.

- Informação sobre outras transações:

- 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 Aproveitamento.

37

### II – Legislação aplicável

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

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

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

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

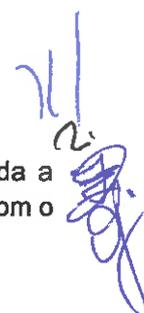
### III – Escolha do Procedimento

#### Acordos quadro (artigo 251º e seguintes)

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

Nos termos da Portaria nº 227/2014 de 6 de novembro, 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.

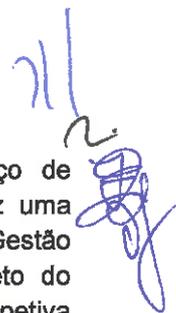
#### Contratação excluída (alínea f) do nº 4 do art.º 5º do CCP)

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.

#### 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                                  | EMPREITADAS DE OBRAS PÚBLICAS | LOCAÇÃO OU AQUISIÇÃO DE BENS E AQUISIÇÃO DE SERVIÇOS | ENTIDADES CONVIDADAS              | FORMA   |
|--|---|-------------------------------|--|-----------------------------------|---|
| PROCEDIMENTO   | TRAMITAÇÃO PROCEDIMENTAL                    | VALORES SEM IVA               |  |                                   |   |
| AJUSTE DIRETO SIMPLIFICADO   | 1281 E 1291 CCP                             | ≤ 5.000                       | ≤ 5.000  | Convite a uma/várias entidades    | Enviado por correio eletrónico  |
| AJUSTE DIRETO GERAL*   | 1221 A 1271 CCP                             | <150.000                      | <75000   | Convite 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 1936/2018 DE 13/12    | 25.186.000                    | 2134.000   | Convite a vários interessados     | Procedimento disponibilizado na plataforma eletrónica "Vortal", e publicação no DR e JOUE |
| CONCURSO PÚBLICO SEM PUBLICAÇÃO DE ANÚNCIOS NO JOUE                          | 1301 A 1341 (NORMAL); 1531 A 1611 (URGENTE) | <5.186.000                    | <134.000   | Convite a vários interessados     | Procedimento disponibilizado na plataforma eletrónica "Vortal", e publicação no DR        |
| CONCURSO LIMITADO POR PRÉVIA QUALIFICAÇÃO COM PUBLICAÇÃO DE ANÚNCIOS NO JOUE | REGULAMENTO (U.E.) Nº 1936/2018 DE 13/12    | 25.186.000                    | 2134.000   | Convite a vários interessados     | Procedimento disponibilizado na plataforma eletrónica "Vortal", e publicação no DR e JOUE |
| CONCURSO LIMITADO POR PRÉVIA QUALIFICAÇÃO SEM PUBLICAÇÃO DE ANÚNCIOS NO JOUE | 1621 A 2031 CCP                             | <5.136.000                    | <134.000   | Convite a vários interessados     | Procedimento disponibilizado na plataforma eletrónica "Vortal", e publicação no DR        |

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

#### IV – Publicitação dos anúncios

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

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

#### V - Peças do Procedimento

##### Aprovação das peças do procedimento

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

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

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

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

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

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

#### Caderno de encargos (art.º 42 do CCP)

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O júri inicia o exercício das suas funções no dia útil subsequente ao do envio do anúncio para publicação ou do envio do convite, só funciona quando o número de membros presentes na reunião corresponda ao número de membros efetivos. O júri pode, ainda, designar um secretário, com a aprovação do respetivo dirigente máximo.

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

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

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

#### VII – Proposta

##### Conceito de Proposta



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

#### Apresentação e Elementos da Proposta

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### IX - Audiência prévia (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)

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

##### 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 2015, o valor de 4.655.499,00 €, sendo que 5% dos mesmos representam o valor de 232.774,95 €.

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       |
|---|-----------|-------------|
| CARDIMA, LDA                                  | 508882710 | 249.397,28€ |
| Novartis Farma – Produtos Farmacêuticos, S.A. | 500063524 | 267.467,70€ |
| BAUSCH & LOMB                                 | 980218764 | 273.050,49€ |
| SUCH – Serviço Utilização Comum dos Hospitais | 500900469 | 287.947,43€ |
| Roche Sistemas Diagnósticos, Lda              | 504282921 | 339.932,28€ |
| GS24 – HEALTHCARE SOLUTIONS, SA               | 507824652 | 419.920,47€ |
| Roche Farmacêutica Química, Lda.              | 500233810 | 431.979,36€ |



45

## IX. 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

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

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

Do ponto de vista social, o HSMM tem vindo a desenvolver um vasto conjunto de práticas de responsabilidade social designadamente em parceria com outras entidades (ver ponto 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

ovens (CPCJ) e com o Ministério Público junto dos Tribunais, de acordo com os preceitos legais e normativos em vigor.

- O Hospital estabeleceu também um protocolo com a Associação de AVC com o objetivo de apoiar os doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) e suas famílias.
- Foi estabelecido um protocolo de parceria entre o HSMM e a Casa de Saúde de S. João de Deus, com o objetivo de apoiar os doentes do foro degenerativo, designadamente, de quadros demenciais e respetivas famílias.

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

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

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

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 2015, 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.

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;

48

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

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

Sistemas de informação

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

Qualidade

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

Modelo de governação

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



## X. Avaliação do Governo Societário

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

50

A aguardar apreciação do Fiscal Único.

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, 8 julho de 2016

O Conselho de Administração

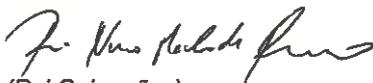
O Presidente

  
(Joaquim Barbosa)

Vogal

  
(Maria José Simões)

Diretor Clínico

  
(Rui Guimarães)

Enfermeiro Diretor

  
(Joaquim Passos)



## **XI. 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).

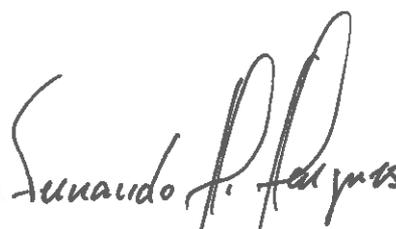
51



**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



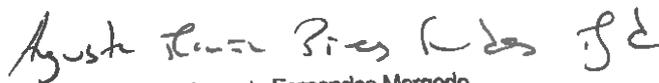
**Fernando Marques**  
Presidente do  
Conselho de Administração



**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



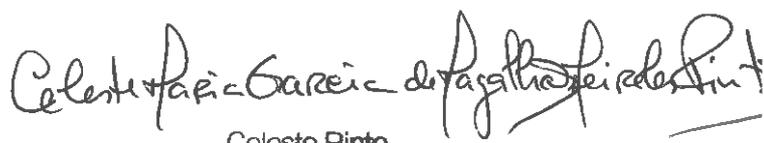
Augusta Fernandes Morgado  
Vogal Executiva



**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, Rui Nuno Machado Guimarães declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.



Barcelos, 31/03/2016



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 - BARCELLOS

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 de 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

Samuel P. Fernandes  
(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 AUGUSTA RACIA PIRES FERNANDES ROLGADO

Residência RUA CENTRAL DE CANDEIEIRA, n.º 139

Localidade RIBEIRÃO Código Postal 4760-708

Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão 11433179

2. Cargo

Cargo de que é titular VOGAL EXECUTIVO

Entidade/Serviço/Organismo HOSPITAL SANTA TARCIA 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 MAIO 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  
ABRIL 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**

Técnica Superior no Centro Hospitalar de Lisboa  
ocidental, Directora do serviço de Gestão Hotelaria na  
mesma instituição, Auditoria 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**

Brucelos, 26 de setembro de 2013

Augusta Maria Pinheiro dos Reis  
(Assinatura)



DL71/2007

LL  
Chuts  
A

## 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                                      | Celeste Maria Ganeira de Magalhães Feinelas<br>Pinto |               |          |
| Residência                                | Rua do Panorama, 110                                 |               |          |
| Localidade                                | Canelas  | Código Postal | 4410-259 |
| Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão | 6253549  |               |          |

## 2. Cargo

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

|                                |   |    |      |    |      |
|--------------------------------|---|----|------|----|------|
| Data da posse                  | 01  | de | Maio | de | 2013 |
| Acto de nomeação ou designação | Resolução de Conselho de Ministros n.º 11/2013, publicada no DR, 2.º S, n.º 83, de 30 de Abril 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**

Mogal do Conselho Clínico do ACES Espinho  
Gaid.  
Assessora do Conselho Diretivo da ARS Norte.

**5. Enumeração de participações sociais****6. Excepções previstas no Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março (artigos 20.º, n.ºs 3 e 4 e 22.º, n.ºs 1 e 4)****7. Observações**

Barcelos, 26 de Setembro de 2013

Celeste Pinto  
(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)

71  
2  
9  
9

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

1. Identificação do Titular

Nome Rui Nuno Machado Guimarães

Residência R. Maria Ondina Braga

Localidade Braga Código Postal 4715 - 586

Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão 107 36 807

2. Cargo

Cargo de que é titular DIRETOR CLÍNICO do HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR

Entidade/Serviço/Organismo HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR

Sector empresarial do Estado  Sector empresarial local

Instituto Público de regime especial  Autoridade Reguladora Independente

Natureza das funções (se aplicável):

Executivas  Não executivas

Data da posse \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Acto de nomeação ou designação Resolução de Conselho de ministros nº 9/2016, publicada em DR nº 61/2016 de 29 de Maio 2016

## 3. Declaração

Declara não estar abrangido pelas incompatibilidades ou impedimentos previstos:

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

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 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

---

---

---

---

---

---

Boalobos, 6 de julho de 2016

João Pedro Gomes  
(Assinatura)