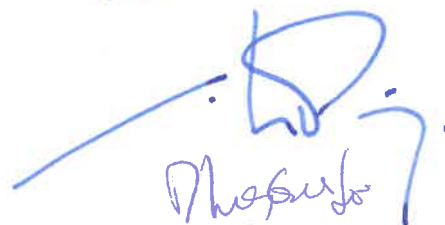


Relatório de Governo Societário

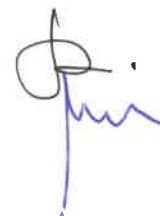
2021

CA : Aprovado
30.03.2022



Presidente

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.
Conselho de Administração



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
OCIDENTAL,
E.P.E.

com
22
Alguns for
fun
d.

Índice

I.	Síntese (Sumário Executivo).....	3
II.	Missão, Objetivos e Políticas.....	5
III.	Estrutura de capital.....	10
IV.	Participações Sociais e Obrigações detidas	11
V.	Órgãos Sociais e Comissões.....	12
A.	Modelo de Governo.....	12
B.	Assembleia Geral	12
C.	Administração e Supervisão	13
D.	Fiscalização	41
E.	Revisor Oficial de Contas (ROC).....	46
F.	Conselho Consultivo (caso aplicável)	47
G.	Auditor Externo (caso aplicável)	47
VI.	Organização Interna	48
A.	Estatutos e Comunicações.....	48
B.	Controlo interno e gestão de riscos.....	50
C.	Regulamentos e Códigos.....	57
D.	Deveres especiais de informação	60
E.	Sítio na Internet	62
F.	Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral	63
VII.	Remunerações	67
A.	Competência para a Determinação	67
B.	Comissão de Fixação de Remunerações	67
C.	Estrutura das Remunerações	67
D.	Divulgação das Remunerações.....	69
VIII.	Transações com partes Relacionadas e Outras.....	71
IX.	Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económico, social e ambiental.....	71
X.	Avaliação do Governo Societário	80
XI.	ANEXOS DO RGS.....	81

CMR
M. Lobo
J.

I. Síntese (Sumário Executivo)

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., (CHLO), é um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, e de natureza empresarial, criado pelo Decreto-lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, resultante da integração por fusão do Hospital de S. Francisco Xavier, SA, do Hospital de Egas Moniz, SA e do Hospital de Santa Cruz, SA.

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., constitui-se como um dos grandes centros hospitalares do país, sendo hospital de primeira linha para as freguesias de Ajuda, Alcântara, Belém e Campo de Ourique do Concelho de Lisboa e para o total das freguesias do Concelho de Oeiras, num total de 238.627 habitantes (dados populacionais de 2021 (censos) - resultados provisórios).

Abrange, ainda, outras prestações de cuidados de saúde diferenciados, tais como:

- Saúde Mental (Psiquiatria da Infância e Adolescência), para o concelho de Cascais;
- Cardiologia e Nefrologia, enquanto última linha de referência, não só para as Unidades C e D da Sub-Região de Lisboa, onde se insere, mas também de âmbito nacional;
- Infeciologia, âmbito nacional;
- Neurocirurgia, enquanto referência direta para o hospital de Cascais e para o Hospital Dr. Fernando da Fonseca (Amadora – Sintra);
- Urgência Geral, enquanto referência direta para as freguesias de Alfragide, Encosta do Sol e Falagueira- Venda Nova do Concelho da Amadora, num total de 64.747 habitantes.

O CHLO desenvolve ainda atividades complementares como as de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional que rege a matéria dos processos de ensino - aprendizagem no domínio da saúde.

Nestas suas atividades, o CHLO estabelece ligação e atividades partilhadas com outras instituições de Saúde e de Ensino, em ações de complementaridade e protocolos de articulação.

A qualidade dos serviços prestados aos doentes continua a merecer por parte do CHLO uma dedicação acentuada, através de investimentos para a modernização das estruturas e equipamentos. Realçamos o reconhecimento externo bem como o empenhamento dos serviços clínicos em acreditação segundo o modelo ACSA da DGS;

Constitui também um objetivo estratégico, a curto-médio prazo, fazer evoluir alguns dos serviços clínicos do CHLO para Centros de Responsabilidade, permitindo assim maior autonomia na gestão de recursos potenciando melhores ganhos de eficiência e excelência nos cuidados de saúde prestados por este Centro Hospitalar.

Handwritten signatures and initials:
CMLP
Ribeiro
Mun
J

CAPÍTULO II do RJSPE – Práticas de bom governo		sim	não	data
Artigo 43.º	apresentou plano de atividades e orçamento para 2021 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponíveis	X		30/09/2020
	obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de atividades e orçamento para 2021	X		08/01/2021
Artigo 44.º	divulgou informação sobre estrutura acionista, participações sociais, operações com participações sociais, garantias financeiras e assunção de dívidas ou passivos, execução dos objetivos, documentos de prestação de contas, relatórios trimestrais de execução orçamental com relatório do órgão de fiscalização, identidade e curriculum dos membros dos órgãos sociais, remunerações e outros benefícios	X		30/03/2022
Artigo 45.º	submeteu a informação financeira anual ao Revisor Oficial de Contas, que é responsável pela Certificação Legal das Contas da empresa			ROC nomeado a 16/12/2021 Trabalhos de Certificação Legal em curso
Artigo 46.º	elaborou o relatório identificativo de ocorrências, ou risco de ocorrências, associado à prevenção da corrupção, de 2021			Em curso
Artigo 47.º	adotou um código de ética e divulgou o documento	X		01/06/2016
Artigo 48.º	tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada	X		08/01/2021
Artigo 49.º	prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiental	X		-
Artigo 50.º	implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade	X		-
Artigo 51.º	evidenciou a independência de todos os membros do órgão de administração e que os mesmos se abstêm de participar nas decisões que envolvam os seus próprios interesses	X		30/03/2022
Artigo 52.º	evidenciou que todos os membros do órgão de administração cumpriram a obrigação de declararem as participações patrimoniais e relações suscetíveis de gerar conflitos de interesse ao órgão de administração, ao órgão de fiscalização e à IGF	X		30/03/2022
Artigo 53.º	providenciou no sentido de que a UTAM tenha condições para que toda a informação a divulgar possa constar do sítio na <i>internet</i> da Unidade Técnica	X		-
Artigo 54.º	apresentou o relatório do órgão de fiscalização em que é aferido constar do relatório anual de práticas de governo societário informação atual e completa sobre todas as matérias tratadas no Capítulo II do RJSPE (boas práticas de governação)			Em curso

Amf
17/6/16
mu
d

II. Missão, Objetivos e Políticas

1. Missão, Visão e Valores

O CHLO tem como missão a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das Unidades Hospitalares que o integram, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovados.

Intervém de acordo com as áreas de influência e redes de referenciação, cumprindo os contratos – programa celebrados, em articulação com as instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde.

O CHLO desenvolve ainda atividades complementares como as de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional que rege a matéria dos processos de ensino - aprendizagem no domínio da saúde.

Nestas suas atividades, o CHLO estabelece ligação e atividades partilhadas com outras instituições de Saúde e de Ensino, em ações de complementaridade e protocolos de articulação.

Os **objetivos** a prosseguir pelo CHLO são os seguintes:

- Prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno;
- Aumento da eficiência e eficácia, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável;
- Desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde;
- Implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, para minimizar o impacto da hospitalização;
- Promoção da investigação clínica
- Formação profissional pré e pós graduada.

No desenvolvimento de todas as suas atividades, o CHLO rege-se pelos seguintes **valores**:

- Humanização e não discriminar: respeito pela dignidade individual de cada doente;
- Promoção da saúde na comunidade;
- Atualização face aos avanços da investigação e da ciência;
- Competência técnico-profissional;
- Ética profissional;
- Promoção da multidisciplinaridade;
- Respeito pelo ambiente.

Comp
24/6/25
f.

2. Políticas e linhas de ação

O Plano de atividades e Orçamento (PAO) que o Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa ocidental (CHLO) apresentou para o triénio 2022-2024, pretende traduzir, na medida do possível, um conjunto de orientações, de mecanismos e atividades a desenvolver internamente, no período em análise, necessários para a persecução das políticas dos domínios estratégicos definidos como fundamentais no Plano Nacional de Saúde – revisão e extensão a 2022:

- Cidadania em Saúde;
- Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde;
- Qualidade na Saúde;
- Políticas Saudáveis.

Todavia, o Conselho de Administração está consciente que alcançar tais desígnios, depende, naturalmente, das intervenções dos agentes da Saúde, de outros setores, publico e privado, e dos cidadãos e que os resultados só serão visíveis e alcançáveis se todos se articularem.

Na presença dos princípios estratégicos definidos, o Conselho de Administração discutiu e elaborou, com a ARSLVT, um plano de ações concreto e objetivo que virá estabelecer uma ponte entre as diversas ações desenvolvidas até ao momento e aquelas que se objetivam vir agora a desenvolver, assente em 3 vetores:

-Qualificar o Acesso no SNS:

- Aumentar a atividade de 1ª consultas referenciadas pelos cuidados de saúde primários de forma a resolver a Lista de Espera para Consulta (LEC) com mais de 9 meses e aumentar a percentagem de consultas realizadas dentro dos TMRG.
- Aumentar a atividade cirúrgica de forma a resolver a Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) com mais de 1 ano e aumentar a percentagem de cirurgias realizadas dentro dos TMRG.
- Reorganizar a atividade assistencial no serviço de urgência e garantir a regularidade do seu funcionamento, nomeadamente o funcionamento das equipas e o cumprimento dos tempos de resposta.
- Realizar o volume de atividade adequado à resposta aos programas de saúde específicos e aos programas para doentes a viver com patologias crónicas ou raras

-Reforçar Cuidados de Ambulatório e Proximidade;

Amr
N. G. B. L.
J. M.
D.

- Aumentar o peso da cirurgia eletiva e de ambulatório.
- Reforçar as respostas de hospitalização domiciliária em todas as entidades do SNS.
- Consolidar a consultadoria aos cuidados de saúde primários, nomeadamente, através da realização de consultas de especialidade hospitalar nos centros de saúde na área da Pediatria.
- Definir e fazer cumprir os protocolos de referenciação e de articulação entre os ACES e os hospitais, focados no percurso clínico dos utentes e na resposta programada aos principais problemas de saúde.
- Redirecionar para os cuidados programados e de proximidade os casos habitualmente triados de cor verde, azul e branca, que ocorrem aos serviços de urgência e que podem ser seguidos nos cuidados primários.
- Reforçar as respostas de tele saúde, nomeadamente as teleconsultas e telemonitorização (quando aplicável).

-Melhorar Produtividade e Adequação de Cuidados:

- Alargar a disponibilidade de horário para a atividade programada, quer nos dias úteis, quer ao sábado.
- Generalizar o agendamento com hora marcada para a atividade programada.
- Integrar a informação para simplificar as marcações, cumprir os critérios de agendamento e reagendamento por antiguidade e prioridade clínica e reduzir a percentagem de cancelamentos de consultas e cirurgias.
- Reduzir as taxas de infeção nosocomial.
- Controlar a taxa de absentismo geral.
- Reforçar o papel das equipas de gestão de altas na execução do processo multidisciplinar da alta, reduzindo o tempo de permanência dos utentes nos hospitais, por razões estritamente sociais.

Estas ações visam, claramente, melhorar a acessibilidade e os tempos de resposta, elevar os padrões assistenciais no que se refere à qualidade e segurança, mas também procurar alternativas assistenciais ao internamento convencional, em iguais condições de segurança e qualidade, reduzindo internamentos evitáveis – até por questões de segurança e diminuição do risco de infeção -, estimular a participação ativa das famílias e de outros cuidadores no processo assistencial, na

medida do possível, com integração/envolvimento de outras entidades tuteladas pelo Ministério da Saúde ou terceiros convencionados, aumentar os níveis de produtividade e satisfação dos profissionais, bem como a sua autonomia e responsabilização, promover a eficiência e a rentabilização da capacidade instalada.

Albuquerque
Jun
f

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

<p>Pontos Fortes</p> <ul style="list-style-type: none"> Recursos Humanos altamente qualificados Centro de Referência, nas áreas de Epilepsia Refratária, Doenças Cardiovasculares (Cardiologia de "Intervenção Estrutural" e Cardiopatias Congénitas), Transplante de Rim e Coração, Oncologia de adultos / Cancro do Reto, Doenças Neurovasculares e Próteses Cocleares Especialização noutras áreas de excelência: Neurocirurgia e Oto-Neurocirurgia, Infeciologia, Neurologia, Pneumologia, Neonatologia, Reumatologia e Oncologia Vias verdes (AVC, Trauma, Coronária e Sepsis) Investigação Clínica e número de publicações científicas em revistas indexadas. Formação pré e pós graduada Acreditação de serviços clínicos Boa imagem junto dos utentes Motivação para a transformação digital Adoção do RGPD 	<p>Pontos Fracos</p> <ul style="list-style-type: none"> Investimento demorado e insuficiente para manter as instalações nas melhores condições físicas e os equipamentos renovados (resposta de pedidos de autorização demorados na Tutela) Dispersão geográfica (3 pólos assistenciais) Carência de médicos especialistas em várias especialidades com a consequente degradação sistemática dos TMRG Fraca autonomia na gestão hospitalar Fraca rede transportes públicos que serve o HSFx Mau acesso viário ao HSFx (tráfego muito condicionado pelo grande aumento progressivo de número de veículos e pelo número de equipamentos escolares nos acessos ao HSFx).
<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> Criação a novos Centros de Referência noutras áreas clínicas de elevada diferenciação e à rede Europeia Candidatura para CRI's Desenvolvimento de técnicas inovadoras na área de Imagiologia Desenvolvimento da gestão de risco clínico na área da qualidade Acreditação de Serviços Clínicos para acreditação total do CHLO Aposta em novos parceiros para a área da Investigação Protocolos Interinstitucionais na área da formação e investigação Aproximar mais o Hospital da comunidade através de iniciativas conjuntas com os CP Aposta na telemedicina e na telemonitorização 	<p>Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> Contexto Económico desfavorável Dificuldade de renovação do quadro médico, muito envelhecido, por não substituição de profissionais, quer por saída para outras unidades hospitalares, quer por carência de jovens especialistas Indefinição de carreiras médicas e de enfermagem Envelhecimento da população assistida Deficiente resposta dos cuidados continuados no âmbito social Ausência de modelo organizacional de suporte ao aumento das doenças crónicas Inovação terapêutica e tecnológica de elevado preço com insuficiente financiamento Insuficiente Orçamento para Investimento Declaração de Pandemia

Am V
Alb
J.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Posicionar-se como membro de pleno direito no Centro Académico Clínico• Pedido de estatuto de centro hospitalar universitário para o CHLO | |
|--|--|

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

Os princípios do enquadramento da atividade assistencial dos centros hospitalares para o exercício de 2021 foram estabelecidos por orientação da ACSS através do documento “Termos de Referência para a contratualização hospitalar no SNS” – Contrato-Programa 2021.

Concretamente, o Contrato-Programa para o ano 2021, celebrado entre ACSS, a ARSLVT e o CHLO tinha por âmbito a definição dos objetivos do Centro Hospitalar para esse período, para a prestação de serviços e cuidados de saúde. A sua versão final, que resultou de uma reunião de contratualização, entre o Conselho de Administração da instituição e a equipa diretiva da ARSLVT e uma serie de contactos posteriores, procurava englobar valores resultantes do complexo contexto de incerteza devido à evolução da pandemia COVID-19. Por outro lado, procurava, mesmo assim, a linha de continuidade da política de Saúde definida pela Tutela no que se referia à Qualificação do Acesso e à Melhoria da Qualidade e da Eficiência.

No que diz respeito às orientações estratégias quanto ao desempenho económico para 2021, o documento base de negociação refere, de uma forma geral, que a instituição deve garantir o completo alinhamento e coerência entre os dados transmitidos pelas entidades EPE e o PAO a submeter ao Ministério das Finanças e, num contexto particular, a necessidade de cumprir uma serie de indicadores de acompanhamento (monitorização).

Tudo visto e ponderado, os recursos provenientes do contrato-programa aumentaram, mas não foram suficientes para compensar o exponencial aumento de custos, justificado em larga escala pela pandemia. Estes factos são os principais motivos para que o EBITDA seja negativo em de 58,2 milhões de euros.

A taxa de execução do Orçamento Económico foi de 98,3% nos rendimentos e 106,4% nos gastos e perdas.

De referir que os rendimentos de 2021, nomeadamente o registo contabilístico da estimativa da prestação de serviços SNS - Serviço nacional de Saúde (contrato-programa), foi o estabelecido pela ACSS (ofício 895/2022) representando 96,4% do valor previsto no contrato-programa. Tendo em consideração a produção efetivamente realizada pelo CHLO a respetiva taxa de execução atingiu os 100%, correspondendo em termos de estimativa um valor superior em 8,4 milhões de euros face

CW
11/06/25
J.

ao referido valor contabilístico registado, conforme também consta da “Estimativa de execução CP 2021” do SICA.

III. Estrutura de capital

1. Estrutura de capital

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., é um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde, criado pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, resultante da integração, por fusão, do Hospital de S. Francisco Xavier, SA, do Hospital de Egas Moniz, SA e do Hospital de Santa Cruz, SA.

Este estabelecimento de saúde apresenta um Capital Social de 156,1 M€, detido na totalidade pelo Estado Português (Ministério da Saúde e Ministério das Finanças).

O total do Fundo Patrimonial do CHLO ascende, em 31 de dezembro de 2021, a 46.819.445,68 euros negativos. Sendo o valor do Património de 156.100.000 euros, verifica-se que se encontra perdido em mais de 50%.

É convicção do Conselho de Administração do CHLO que a atual situação de desequilíbrio não põe em causa o princípio da continuidade das operações no CHLO que, enquanto entidade pública empresarial de enquadramento estratégico-prioritário, será sempre assegurada pelo Estado.

Nesse sentido, o Conselho de Administração e a Tutela nunca deixarão de equacionar diferentes cenários económicos possíveis e mais adequados, para promover essa sustentabilidade.

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

De acordo com o n.º1 do Art.º 3º do Decreto-Lei 233/2005 de 29 de Dezembro e do n.º4 dos Estatutos das Entidades Públicas Empresariais, “o capital estatutário dos hospitais E. P. E. é detido pelo Estado e pode ser aumentado ou reduzido por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde, que constitui título bastante para todos os efeitos legais, incluindo os de registo”.

3. Acordos parassociais que sejam do conhecimento da entidade e que possam conduzir a eventuais restrições.

Não existem

CMV
Alegre
M
d

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.

Não existem

2. Explicitação da aquisição e alienação de participações sociais, bem como da participação em quaisquer entidades de natureza associativa ou fundacional (vide alínea c) do n.º1 do artigo 44.º do RJSPE.

Apesar de não haver participações sociais, há uma participação do CHLO de natureza associativa, cujo valor anual da quota é de 3.000 euros, no SUCH, Serviço de Utilização Comum dos Hospitais.

3. Indicação do número de ações e obrigações detidas por membros dos órgãos de administração e de fiscalização, nos termos do n.º5 do artigo 447.º do CSC.

Não existem

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

Não existem

Am L
Nº 616 for
mu
J

V. Órgãos Sociais e Comissões

A. Modelo de Governo

1. Identificação do modelo de governo adotado

Cargo	Orgão Sociais	Eleição	Mandato
Conselho de Administração			
Presidente	Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	Despacho n.º	2020-2022
Vogal (1)	Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	8736/2020 Gabinetes	
Vogal (2)	Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre	da Ministra da Saúde	
Vogal (3)	Dr. José Manuel Fernandes Correia	e do Secretário de	
Vogal (4)	Enf.ª Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos	Estado do Tesouro	
		11/09/2020 (*)	
(*) Produz efeitos a partir de 12/09/2020			
Conselho Fiscal			
Presidente	Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida	Despacho n.º 12171/2021	2021-2023
Vogal	Dr.ª Carla Maria Lamego Ribeiro		
Vogal	Dra. Tânia Isabel Branco de Jesus		
Vogal Suplente	Dr. Rui Miguel Marques Neves Pinto Bandeira		

Nos termos dos artigos 6.º e 13.º dos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e institutos portugueses de oncologia, E. P. E., constantes do anexo II ao decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, do n.º 3 do artigo 13.º, da alínea c) do n.º 3 do artigo 20.º, do n.º 8 do artigo 28.º do decreto-Lei n.º 71/2007. De 27 de março, na sua redação atual, do n.º 3 do artigo 73.º do decreto-Lei n.º 169-B/2019, de 3 de dezembro, e dos n.ºs 1 e 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 200/2019, 19 de dezembro, através do Despacho nº 8736/2020 de 11 de setembro de 2020 nomeou, para exercício de funções no conselho de administração, para um mandato de três anos Rita Perez Fernandez da Silva, José Manuel Fernandes Correia, Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos, Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira e Pedro Emanuel Ventura Alexandre, respetivamente, para o cargo de Presidente do conselho de administração, vogal executivo com funções de diretor clínico, vogal executiva com funções de enfermeira diretora, vogais executivos do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E. A presente resolução reporta os seus efeitos ao dia 1 de Janeiro de 2020.

B. Assembleia Geral

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

Não existe.

Handwritten signatures and initials in blue ink.

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

Não existe.

C. Administração e Supervisão

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

Nos termos dos artigos 6º e 13º dos Estatutos constantes do Anexo II ao Dec. Lei n.º 18/2017, de 10 de Fevereiro, dos n.ºs 2 e 3 do artigo 13º do Dec. Lei 71/2007 de 27 de Março, alterado e republicado pelo Dec. Lei n.º 8/2012 de 18 de Janeiro com a retificação nº 2/2012, de 25/01 e da alínea D do artigo 199º da Constituição, o Conselho de Administração é nomeado pelo Conselho de Ministros sob proposta dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde.

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

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Mandato	Cargo	Nome	Designação		OPRL			N.º de Mandatos
			Forma	Data	Sim/Não	Entidade	Pagadora (O/D)	
2020-2022	Presidente	Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva				CHLO	O	2
	Vogal Executivo	Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	Despacho n.º			CHLO	D	4
	Vogal Executivo	Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre	8736/2020 Finanças e Saúde	11/09/2020		CHLO	D	1
	Vogal Executivo	Dr. José Manuel Fernandes Correia				CHLO	O	2
	Vogal Executivo	Enl.ª Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos				CHLO	D	1

Nota: OPRL: Opção pela Remuneração Lugar de Origem; O/D: Origem/Destino

De acordo com o Artigo 6.º, Secção I, Capítulo I do Decreto-Lei n.º 12/2015 de 26 de Janeiro de 2015, “o Conselho de Administração é composto pelo Presidente e um máximo de quatro vogais, que exercem funções executivas em função da dimensão e complexidade do hospital, E. P. E., sendo um dos membros o diretor clínico e outro o enfermeiro-diretor”.

CMV
Albuquerque
J.

3. 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 (vide artigo 32.º do RJSPE).

Não existem membros não executivos do Conselho de Administração.

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

Presidente CA – Dra. Rita Perez Fernandez da Silva

DADOS BIOGRÁFICOS:

Data de Nascimento: 22 de Janeiro de 1958

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

1984 - Licenciatura em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

CARREIRA HOSPITALAR:

2005 – Chefe de Serviço de Anestesiologia do Quadro do Hospital de São Francisco Xavier;

2003 – Competência em Emergência Médica pela Ordem dos Médicos;

1998 – Grau de consultor da Carreira Hospitalar, provas públicas;

1993 – Título de Especialista de Anestesiologia da Ordem dos Médicos;

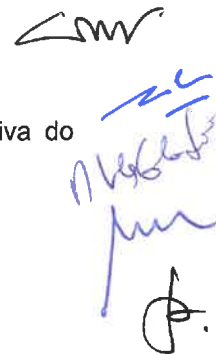
1991 – Grau de Assistente Hospitalar de Anestesiologia, Quadro de Pessoal do HSFx em 1992;

1987-1990 – Internato Complementar de Anestesiologia no Hospital no Hospital Pulido Valente, Lisboa;

1985-1986 – Internato Geral nos Hospitais Cívicos de Lisboa.

CARGOS DE DIREÇÃO HOSPITALAR:

2017-2019 – Presidente do CA do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental;



2014-2016 – Diretora Clínica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e Vogal Executiva do Conselho de Administração do CHLO;

2009-2013 - Diretora Médica do Hospital São Francisco Xavier;

2009 - Adjunta da Direção Médica do Hospital São Francisco Xavier;

OUTROS CARGOS HOSPITALARES:

2014 - 2016 – Presidente da Comissão de farmácia e terapêutica e comissão Coordenação Oncológica;

2008-2009 - Coordenadora da Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos do Hospital São Francisco Xavier – Unidade de Nível 3;

2006-2008 - Coordenadora Hospitalar de Doação do Hospital São Francisco Xavier;

2005-2006 - Coordenadora Geral da VMER do Hospital São Francisco Xavier e Helitransporte do INEM de Lisboa;

2000-2005 – Membro da Comissão de Paragem Cardiorrespiratória do Hospital São Francisco Xavier;

1999-2005 – Membro da Comissão de Controlo e Prevenção de Infecção do Hospital São Francisco Xavier;

1997-2002 e 2006-2008 - Adjunta da Direção do Serviço de Urgência do Hospital São Francisco Xavier;

1996-2005- Coordenadora Médica da VMER do Hospital São Francisco Xavier.

TRABALHO CIENTÍFICOS/PEDAGÓGICOS:

Apresentação de múltiplos trabalhos nas áreas d Anestesiologia e emergência Médica em Congressos Nacionais e internacionais.

2006-2010 – Fundadora do Grupo de Formação em Anestesiologia da Grande Lisboa envolvendo os 3 centros Hospitalares de Lisboa, o HGO, HFF e IPO que foi responsável por implementar e realizar o curso avançado de Anestesiologia.

Sócia Fundadora da Sociedade de Emergência e Reanimação, e pertencente às Sociedades portuguesa de Anestesiologia e Portuguesa de cuidados intensivos.

OUTRAS COMPETÊNCIAS/CARGOS/FORMAÇÃO:

2016-2018 – Membro da Comissão Nacional de Trauma (Despacho n.º 1947/2016);

2016 – Membro da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica do INFARMED;

2016 – LEADERSHIP IN HEALTHCARE DELIVERY Edição 2016 da Nova School of Business and Economics;

2015 – Seminário Direção Hospitalar – Gestão de Equipas, AESE;

2014 – Curso PADIS – Programa de Alta Direção das Instituições de Saúde, AESE;

2011 – Membro da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (Despacho n.º 13377/2011 e Louvor n.º 616/2012);

2011 – Internacional Training for trainers in transplant donor coordinator in the European Union curso com aproveitamento sendo Coordenador de Doação a nível europeu;

2006-2013 – Diretora dos Cursos ETPOD em Portugal – European Training Program in Organ Donation – múltiplos cursos em Hospitais de todo o País;

2006 – Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Urgência no INDEG-ISCTE.

2005 em diante – Vogal ou Presidente de vários concursos de Lugar de chefe de serviço de Anestesiologia e Concursos de Obtenção de Grau de consultor da Carreira médica;

2005 – Certificação como Examinador Médico Autorizado (AME) pela Direção de Certificação Médica do Instituto nacional de Aeronáutica Civil.

Vogal Executivo – Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira

DADOS BIOGRÁFICOS:

Data de nascimento: 14 de Janeiro de 1963

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

1981-1986 - Licenciatura em Gestão e Administração de Empresas pela Universidade Católica Portuguesa

SUMÁRIO DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

Destaque para um envolvimento muito particular em funções de administração/direção, pela experiência na preparação e implementação de novos negócios e/ou de planos de reestruturação. Relevo para nível alto de liderança em projetos de resultados por objetivos, nas áreas Planeamento Estratégico, Finanças, Organização e de Marketing e Comunicação.

CARGOS E FUNÇÕES:

Desde 2012 - Vogal Executivo no Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Tem atribuído os pelouros do Planeamento, Análise e Controlo de Gestão, finanças, tecnologias de informação, instalações e equipamentos e a Gestão de Doentes. Foco na otimização

dos recursos disponíveis e maximização da capacidade instalada, numa perspetiva de maior eficiência e eficácia, garantindo uma gestão criteriosa e de sustentabilidade económica e financeira da organização a médio e a longo prazo, sem deixar de assegurar a necessária e imprescindível prestação assistencial com elevados padrões de qualidade, efetividade e segurança. Particular envolvimento em comissões em três novas áreas de intervenção: Presidente da comissão PIODAL – Programa de Intervenção Operacional da prevenção Ambiental da Legionella; membro do comité de Acompanhamento do projeto RGPD e Presidente da comissão de Tratamento de dados Pessoais da organização;



2010-2012 – Diretor-geral da Sojormédia Capital, detentora do título do diário i. Desenvolve e implementa o plano estratégico de viabilização económica e financeira.

2006-2008 - Abre o escritório de Lisboa da rede Fischer América Publicidade, é nomeado Presidente e CEO, deixando a empresa, em apenas 2 anos, empresa referência no que respeita a criatividade e visão global da comunicação.

2001-2002 - Acumula funções de administrador delegado do semanário O Independente, onde efetua o seu saneamento económico e financeiro.

1998-2005 – Diretor Financeiro, Administrativo e de Recursos Humanos na Foote Cone & Belding Publicidade. Em 2002 assume a presidência dessa mesma empresa, cargo que desempenha até à saída, em finais de 2005, deixando a empresa como a mais premiada agência de publicidade em Portugal, alcançando o 5º lugar no ranking mundial (Gunn Report).

1994-1997 - Administrador delegado da TSF/Rádio Notícias, um grupo de rádios da esfera do Grupo Lusomundo, para proceder ao seu saneamento económico e financeiro. Neste período funda a Maxdesign, uma empresa de design e comunicação.

1991-1993 - Assessor do Conselho da SPE – Sociedade Portuguesa de Empreendimentos, ficando responsável por projetos de investimento, o procurement, o funding e a análise de dossiês de carácter económico e social, em Angola, tendo sido, ainda, destacado para exercer, em Luanda, a função de Diretor Geral da ENSUL – Empresa de Supermercados de Luanda, à data uma das maiores empresas de direito angolano, para preparar a sua privatização.

1989-1990 – Técnico Especialista em fusões e aquisições na TottaFinance;

1986-1989 – Auditor e Consultor na Arthur Andersen.

OUTRAS COMPETÊNCIAS/CARGOS/FORMAÇÃO:

2012-2013 - PADIS XVI – Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde - (AESE – Escola de Direção e Negócios, Lisboa)

- Mestrado em História de Arte pela Universidade Lusíada (1997 -1998) – incompleto.

- Revisor Oficial de Contas - Ordem dos Revisores De Contas (ROC n.º 745) – com atividade suspensa por incompatibilidade com a atividade desempenhada atualmente.

- Técnico de Contas - Câmara dos Técnicos Oficiais de Contas (TOC nº 27828) – com atividade suspensa por incompatibilidade com a atividade desempenhada atualmente.

Vogal Executivo com funções de Diretor Clínico – Dr. José Manuel Fernandes Correia

DADOS BIOGRÁFICOS:

Data de Nascimento: 29 de Janeiro de 1960

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

1985 - Licenciatura em Medicina pela faculdade de Ciências médicas de Lisboa;

ATIVIDADE PROFISSIONAL

Diretor Clínico

CARREIRA HOSPITALAR

2005 – Grau de Consultor/graduado da carreira médica hospitalar de Pneumologia;

2000 – Assistente de Pneumologia do hospital Egas Moniz;

1997 – Assistente Hospitalar do Hospital de Santa Luzia de Elvas;

1996 – Grau de Especialista da carreira médica hospitalar de pneumologia;

1986-1987 – Internato geral no Hospital Distrital de Faro

CARGOS DE DIREÇÃO HOSPITALAR

2017-2019 – Diretor Clínico do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental;

2008-2016 – Adjunto da Direção Clínica do Hospital Egas Moniz – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental;

1998-1999 – Adjunto da Direção Clínica do Hospital de Santa Luzia de Elvas;

1997-1999 – Diretor do serviço de Urgência do hospital de Elvas.

OUTROS CARGOS HOSPITALARES

2016 – Responsável pela Unidade de Ventilação Não Invasiva do serviço de Pneumologia do hospital Egas Moniz;

2009-2016 – Gestor de camas do Hospital Egas Moniz;

2009-2011 - Nomeado para Comissão de Risco do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental;

2008-2009 - Responsável da Bolsa de Camas do Hospital Egas Moniz;

2006-2009 – Indicado pelo CA como interlocutor do Hospital Egas Moniz junto da ACSS, na implementação do ALERT e SICO;

2004-2006 - Nomeado para Comissão de Mortalidade do Hospital Egas Moniz;

2003-2016 - Responsável pela Unidade de Técnicas do Serviço de Pneumologia do Hospital Egas Moniz.

TRABALHO CIENTÍFICOS/PEDAGÓGICOS:

- Apresentação de múltiplos trabalhos na área da pneumologia, Nacionais e internacionais.

- Moderador de mesas em congressos de índole Pneumológica, nomeadamente da sociedade portuguesa de Pneumologia;

2009-2011 - Organizou 2 cursos de ventilação Não Invasiva, destinado a médicos e enfermeiros;

Investigador principal em 3 Ensaios clínicos, na área da oncologia Pneumológica.

OUTRAS COMPETÊNCIAS/CARGOS/FORMAÇÃO:

2016 – Frequentou o Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (PADIS) – escola de Direção e Negócios – AESE – Lisboa;

2009-2010 – Frequentou com aproveitamento o Curso de Gestão de Unidades de Saúde da Universidade Católica de Lisboa;

Desde 2005 – Nomeado como Vogal Efetivo de Concursos de Final de Internato Complementar de Pneumologia e de Concursos de Provimento hospitalar.

Vogal Executivo – Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre

DADOS BIOGRÁFICOS:

Data nascimento: 22 de Maio de 1964

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

CMR
17/6/2015
mu
d.

Licenciatura em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa

CARGOS E FUNÇÕES:

2014-2020 – Vogal do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, responsável pelos pelouros de recursos Humanos, jurídico e cuidados continuados integrados.

2010-2014 – Vogal do conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P., responsável pelos pelouros de gestão de recursos humanos, instalações e equipamentos, cuidados continuados integrados, comportamentos aditivos e dependência e jurídico;

2009-2010 – Diretor do Serviço de Gestão de Recursos Humanos do Instituto português de oncologia de Lisboa, Francisco Gentil E.P.E.

2008-2009 – Diretor dos Serviços de Gestão Estratégica de Recursos Humanos e de Administração de Pessoal do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.

2006-2008 – Diretor do Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., em acumulação com as funções de Administrador do Departamento de Anestesia e Blocos;

1996-2005 – Diretor do Serviço de Recursos Humanos do Hospital de Santa Cruz, em acumulação com as funções de Administrador de Áreas Clínicas (Nefrologia e Cardiologia) e de Áreas de Apoio;

1991-1993 – Serviço de Contencioso do Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social;

1982-1989 e 1993-1994 – Serviços de Aprovisionamento e de Pessoal do Hospital Distrital de Faro.

OUTRAS COMPETÊNCIAS/CARGOS/FORMAÇÃO:

- Membro do Gabinete para a Prova nacional de Acesso à Formação Especializada (GPNA);
- Membro da Comissão de Coordenação da RNCCI;
- Representante do ministério da Saúde em diversos processos de negociação e contratação coletiva;
- Perito, pela área da saúde, na CRESAP;

2013 - Membro substituto da Comissão Tripartida de monitorização da execução do acordo celebrado entre os Ministérios das Finanças e da Saúde e os Sindicatos Médicos;

2012 - Membro da comissão negociadora do Acordo Coletivo de Trabalho da Carreira Especial Médica;

CM
Abs
mu
d,

2010 – Representante dos Hospitais E.P.E., na Comissão Negociadora Patronal no âmbito do Acordo Coletivo de Trabalho da Carreira Médica relativo aos serviços mínimos em caso de greve;

1995-1996 – Docente na Escola Superior de Enfermagem de Faro.

Vogal Executiva com funções de Enf.^a Diretora – Enf.^a Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos

DADOS BIOGRÁFICOS:

Data de nascimento: 25 de Janeiro 1961

FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

2016 - Pós-Graduação em Gestão dos serviços de Saúde na Universidade Lusíada.

2000 – Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem ao Indivíduo Adulto e Idoso em Situação de Doença Crónica, na escola Superior de Enfermagem Artur Ravara, e atribuição de Grau Académico de Licenciado.

1995 – Equivalência ao Grau de Bacharel em Enfermagem;

1981 – Curso de Enfermagem Geral na Escola de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa;

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

2014 – Adjunta da Enfermeira Diretora do CHLO, com funções de Diretora de Enfermagem do Hospital de São Francisco Xavier;

2006-2014 – Adjunta da Direção de Enfermagem – Hospital de S. Francisco Xavier;

2005-2014 – Enfermeira Chefe da UCIC – Hospital de S. Francisco Xavier;

2000-2005 – Enfermeira Especialista em Enfermagem ao Indivíduo Adulto e Idoso com Doença Crónica no Serviço de Medicina Interna – Hospital de São Francisco;

1993-1998 – Enfermeira Coordenadora da UCIC – Hospital de São Francisco Xavier;

1988-1993 – Enfermeira nível 1 na UCIC – Hospital de São Francisco Xavier;

1987-1988 – Enfermeira nível 1 na UCIM – Hospital de São Francisco Xavier;

1987 – Enfermeira nível 1 no S. de Medicina Interna – Hospital de São Francisco Xavier;

1984-1987 – Enfermeira no S. de Obstetrícia e S. de medicina Interna – Hospital Egas Moniz;

1981-1987 – Enfermeira no Hospital CUF – Infante Santo.

OUTROS COMPETÊNCIAS/CARGOS:

2011-2014 – Auditora Interna e Coordenadora de Auditores Internos do sistema de classificação de doentes em enfermagem (SCD/E) da ACSSS no Hospital de São Francisco Xavier;

CMY
11/11/15
m
d

2008 – Enfermeira da EGA – Hospital São Francisco Xavier – Equipa de Gestão de Altas e Formadora na área dos Cuidados Continuados e planeamento de Altas;

2006-2019 – Comissões de Análise da consulta do Mercado de diverso Material de consumo Clínico, no Hospital de São Francisco Xavier;

2002-2009 – Responsável pela Conceção, coordenação e formação do Curso sobre “Prevenção e tratamento de úlceras de Pressão” no Hospital São Francisco Xavier;

2001-2006 – Júri de Concurso de ingresso/Acesso para Enfermeiros de Nível I e Enfermeiros Especialistas, no Hospital São Francisco Xavier;

2001 – Coordenadora Institucional no “Estudo Europeu de prevalência de Úlceras de Pressão”.

OUTRA FORMAÇÃO:

2019 – Seminário: Liderança, comunicação e Inovação em Saúde, AESE.

2014 – Programa de melhoria contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Ordem dos Enfermeiros;

2011 – Formação de Auditores Internos do Sistema de Classificação de Doentes na ACSS;

1998 – Curso de Administração de Serviços de Enfermagem no IFE;

5. Evidências da apresentação das declarações¹ de cada um dos membros do órgão de administração ao órgão de administração e ao órgão de fiscalização, bem como à Inspeção-Geral de Finanças (IGF), de quaisquer participações patrimoniais que detenham na empresa, assim como quaisquer relações que mantenham com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse (vide artigo 52.º do RJSPE).

Ver anexo

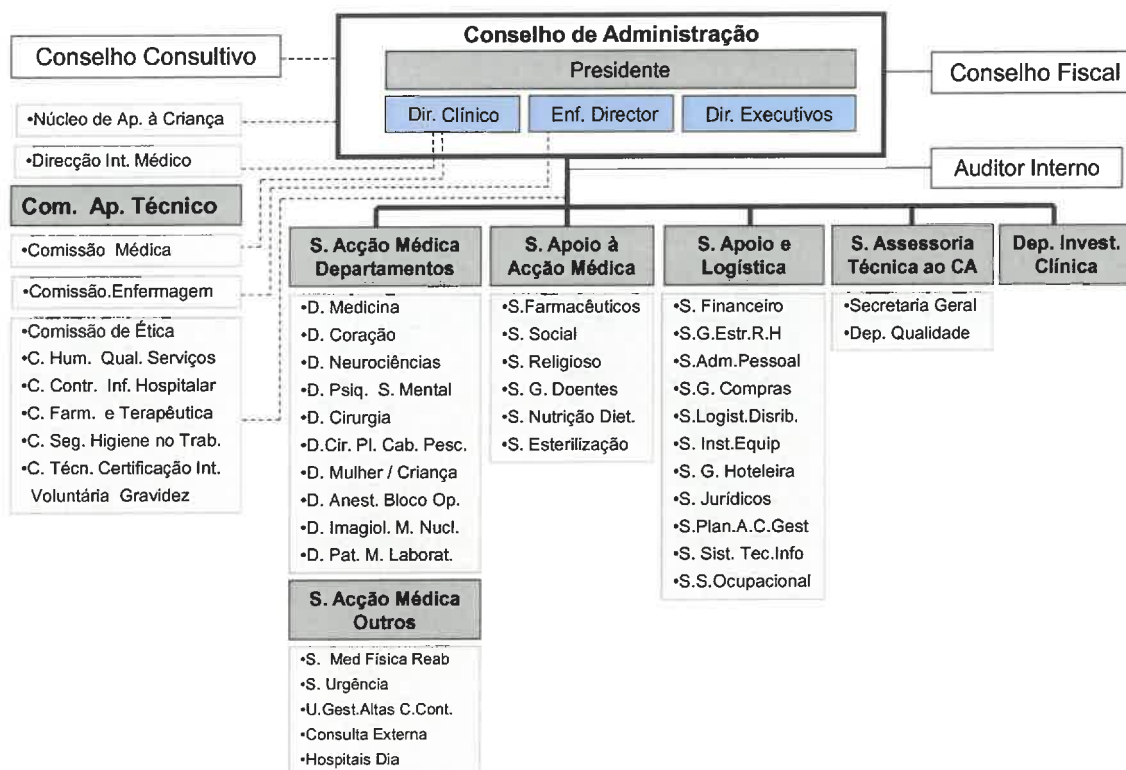
6. Identificação de relações familiares, profissionais ou comerciais, habituais e significativas, dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo com acionistas.

Não existem

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

¹ Tem-se por desejável ser adequadamente evidenciada a receção das declarações por parte dos destinatários.

Handwritten notes:
 2/2/2015
 14/6/2015
 [Signature]
 [Arrow pointing to the diagram]



FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES

O Conselho de Administração é composto pelo presidente e por quatro vogais, nomeados por despacho conjunto dos Ministérios das Finanças e Saúde sendo um deles o Diretor Clínico e outro o Enfermeiro Diretor.

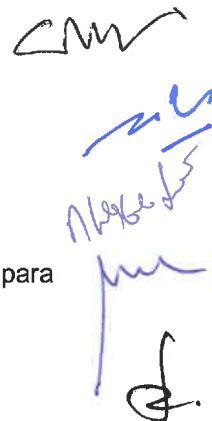
Para além das competências próprias do Conselho de Administração previstas no artigo 7.º dos estatutos dos hospitais E.P.E. anexos ao Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro, das específicas do Presidente do Conselho de Administração previstas no artigo 8.º e do Enfermeiro Diretor, previstas no artigo 10.º, a cada um dos membros do Conselho de Administração foram atribuídas as competências na gestão estratégica dos seguintes pelouros:

Conselho de Administração

Presidente

Dra. Rita Perez Fernandez da Silva: Para além das competências próprias, este elemento coordenará a gestão estratégica dos seguintes pelouros:

- Departamento de Qualidade;
- Secretária-geral (inclui Gabinete de Comunicação e Imagem, Gabinete de Utente e Centro de Documentação e Biblioteca e Reprografia);



- Serviço Social;
- Serviço de Auditoria Interna.

No âmbito destes pelouros a Presidente do Conselho de Administração tem competência para autorizar despesas até ao montante de 5.000€.

Vogais Executivos

Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira: Para além das competências próprias, este elemento desempenha funções de Diretor Executivo do HEM e HSFX e acumula as competências na gestão estratégica dos seguintes pelouros:

- Serviços Financeiros;
- Serviço de Planeamento Análise e Controlo de Gestão;
- Serviço de Gestão de Doentes;
- Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação;
- Serviço de Instalações e Equipamentos.

No âmbito destes pelouros o Vogal Executivo tem competência para autorizar despesas até ao montante de 5.000€.

Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre: Para além das competências próprias, este elemento desempenha funções de Diretor Executivo do HSC e acumula as competências na gestão estratégica dos seguintes pelouros:

- Serviço de Administração de Pessoal e Gestão Estratégica de Recursos Humanos;
- Serviço de Gestão de Compras e Logística e Distribuição;
- Serviço Jurídico;
- Serviço Religioso;

No âmbito destes pelouros a Vogal Executiva tem competência para autorizar despesas até ao montante de 5.000€.

Dr. José Manuel Fernandes Correia (Diretor Clínico): Para além das competências próprias, este elemento acumula as competências na gestão estratégica dos seguintes pelouros:

- Serviços Farmacêuticos;
- Departamento de Investigação Clínica.

No âmbito destes pelouros a Diretora Clínica tem competência para autorizar despesas até ao montante de 5.000€.

Enf.ª Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos (Enf.ª Diretora): Para além das competências próprias, este elemento acumula as competências na gestão estratégica dos seguintes pelouros:

- Serviços de Gestão Hoteleira;
- Serviço de Esterilização;
- Serviço de Nutrição e Dietética;
- Unidade Funcional de gestão de Transportes e Parques de Estacionamento.



No âmbito destes pelouros a Enfermeira Diretora tem competência para autorizar despesas até ao montante de 5.000€.

Conselho Fiscal:

Presidente: Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida

Vogal: Dr.ª Carla Maria Lamego Ribeiro

Vogal: Dra. Tânia Isabel Branco de Jesus

Vogal Suplente: Dr. Rui Miguel Marques Neves Pinto Bandeira

A natureza, o regime de substituição, o tempo de mandato e o regime de exercício de funções no respetivo termo, bem como as competências do conselho fiscal, são os constantes dos artigos 15.º e 16.º dos Estatutos dos Hospitais E.P.E. (Decreto-Lei nº 18/2017 de 10 de Fevereiro).

8. 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;**

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Mandato	Cargo	Nome	N.º Reuniões	Assiduidade
2020-2023	Presidente	Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva (Presidente)	48	96%
	Vogal Executivo	Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre	44	87%
	Vogal Executivo	Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	52	100%
	Vogal Executivo	Dr. José Manuel Fernandes Correia (Director Clínico)	49	100%
	Vogal Executivo	Enfª Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos	51	100%



Nota:

Em 2021 realizaram-se 54 reuniões

doença

As ausências dos restantes membros do Conselho de Administração correspondem a período de férias

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

Não existem

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

A avaliação de desempenho dos administradores executivos, e os critérios definidos, é realizada de acordo com o estipulado no estatuto de Gestor Público, Decreto-lei n.º 8/2012 de 18 de Janeiro.

d) Comissões² 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.

• Apoio Técnico no domínio do acesso aos cuidados de saúde

- ULGA – Dra. Isabel Cabral

- Comissão Médica – Dr. José Manuel Correia

- Dr. António Carvalho
- Dr. Carlos Nascimento
- Dra. Maria Helena Boquinhas

- Comissão de Enfermagem – Enf. Maria de Lurdes Escudeiro

- Enfª Maria Theresa Vasconcellos
- Enfª Maria Teresa Bastos
- Enfª Ilda Tareco Roldão

² Que incluam ou tenham a participação de elementos do órgão de administração ou supervisão.

CMV
Albino
pin
d.

- Equipa de Gestão de Altas - Dra. Augusta Gaspar

- o Dra. Dulce Goncalves
- o Dra. Maria João Lupi
- o Enfº Fernando Pinheiro

• **Outras Comissões (apoio à gestão)**

De acordo com o Artº 19º do Regulamento Interno do CHLO, EPE, foram criadas as seguintes Comissões de Apoio à Gestão:

• **Comissão de Ética para a Saúde**

Elementos:

- o Dra. Paula Peixe (Presidente)
- o Dra. Lucília Carvalho
- o Dra. Aida Ferraria
- o Dr. Carlos Neves
- o Mestre Clara Maria Carvalho
- o Dra. Helena Farinha
- o Padre João Valente
- o Dra. Maria João Pais
- o Dr. Rui Miguel Campante Teles

A Comissão de Ética zela pela observância de padrões de ética no exercício das ciências médicas, por forma a proteger e garantir a dignidade e integridade humanas, procedendo à análise e reflexão sobre temas da prática médica que envolvam questões de ética.

Neste sentido, conforme n.º 1 do Art.º 6º do Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de maio, compete à Comissão de Ética:

- a) Zelar, no âmbito do funcionamento da instituição ou serviço de saúde respetivo, pela salvaguarda da dignidade e integridade humanas;
- b) Emitir, por sua iniciativa ou por solicitação, pareceres sobre questões éticas no domínio das atividades da instituição ou serviço de saúde respetivo;
- c) Pronunciar-se sobre os protocolos de investigação científica, nomeadamente os que se refiram a ensaios de diagnóstico ou terapêutica e técnicas experimentais que envolvem seres humanos e seus produtos biológicos, celebrados no âmbito da instituição ou serviço de saúde respetivo;
- d) Pronunciar-se sobre os pedidos de autorização para a realização de ensaios clínicos da instituição ou serviço de saúde respetivo e fiscalizar a sua execução, em especial no que respeita aos aspetos éticos e à segurança e integridade dos sujeitos do ensaio clínico;

- e) Pronunciar-se sobre a suspensão ou revogação da autorização para a realização de ensaios clínicos na instituição ou serviço de saúde respetivo;
- f) Reconhecer a qualificação científica adequada para a realização de ensaios clínicos, relativamente aos médicos da instituição ou serviço de saúde respetivo;
- g) Promover a divulgação dos princípios gerais da bioética pelos meios julgados adequados, designadamente através de estudos, pareceres ou outros documentos, no âmbito dos profissionais de saúde da instituição ou serviço de saúde respetivo.



No exercício das suas competências, a Comissão de Ética pondera, em particular, o estabelecido na lei, nos códigos deontológicos e nas declarações diretrizes internacionais existentes sobre as matérias a apreciar.

No decorrer do ano 2021 realizaram-se 12 reuniões ordinárias (atendendo à pandemia, alguns membros estiveram presentes em reunião, mas, via online) da CES do CHLO, salientando-se as seguintes atividades:

- ♦ Atividade assistencial (emissão de pareceres por solicitação de diferentes serviços do CHLO);
- ♦ Atividade de investigação:
 - Foram recebidos 157 pedidos de parecer para realização de estudos, 23 destes envolvendo o SARS-COV-2 / COVID-19. E, de acordo com as Normas da CES foram submetidos a apreciação: 94 registos observacionais/projetos de investigação clínica (76 com parecer favorável, 1 com parecer desfavorável e 17 em apreciação); 11 Estudos conducentes a provas académicas (8 com parecer favorável e 3 em apreciação); 25 Adendas/Emendas a estudos aprovados anteriormente (19 com parecer favorável e 6 em apreciação);
 - Foram emitidos 8 pareceres para publicação de artigos em revistas indexadas (3 com parecer favorável, 2 sem parecer e 3 em apreciação);
 - Foram emitidos 4 pareceres sobre Formulários para prescrição de medicamentos a serem utilizados nos Serviços Farmacêuticos do CHLO (1 com parecer favorável e 3 em apreciação);
- ♦ Apreciaram-se 4 modelos de consentimento informado e – ou Folhetos Informativos de vários Serviços do CHLO (os 4 com parecer favorável)
- ♦ Apreciaram-se 19 dispensas de consentimento informado no âmbito de atividade de investigação;
- ♦ Obtenção de 4 Consentimentos Informados no âmbito de atividade de investigação, via correio e/ou via online (pedidos excecionais, face a situação de pandemia por COVID-19, ou outra situação);
- ♦ Apreciaram-se 330 justificações para autorização de utilização de medicamentos que não fazem parte do FHNM ou cuja aplicação não se encontra ainda aprovada pelo INFARMED;

Handwritten signatures and initials in blue ink:
- Top: "Cmp"
- Middle: "M. B." with a checkmark
- Bottom: "D."

➤ **Comissão da Farmácia e Terapêutica**

Membros:

- o Dr. José Manuel Correia (Presidente)
- o Prof.^a Dra. Fátima Falcão
- o Dra. Helena Farinha
- o Dra. Ana Mirco
- o Dra. Ana Cláudia Miranda
- o Dr. António Carvalho

Secretariado Técnico:

- o Dra. Erica Viegas

Compete a esta Comissão:

- a) Atuar como órgão de ligação entre os serviços de ação médica e os serviços farmacêuticos;
- b) Elaborar as adendas privativas de aditamento ou exclusão ao Formulário

Hospitalar Nacional de Medicamentos;

- c) Emitir pareceres e relatórios, acerca de todos os medicamentos a incluir ou a excluir no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos, que serão enviados trimestralmente ao INFARMED;
- d) Velar pelo cumprimento do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos e suas adendas;
- e) Pronunciar-se sobre a correção da terapêutica prescrita aos doentes, quando solicitado pelo seu presidente e sem quebra das normas deontológicas;
- f) Apreciar com cada serviço hospitalar os custos da terapêutica que periodicamente lhe são submetidas, após emissão de parecer obrigatório pelo diretor dos serviços farmacêuticos do hospital;
- g) Elaborar, observando parecer de custos, a emitir pelo diretor dos serviços farmacêuticos, a lista de medicamentos de urgência que devem existir nos serviços de ação médica;
- h) Propor o que tiver por conveniente dentro das matérias da sua competência.

Foram realizadas 47 reuniões, tendo sido analisados:

- 4 Protocolos Terapêuticos;
- 19 Pedidos de introdução de medicamentos ou formulações de usos geral;
- 99 Pedidos de terapêutica para a Hepatite C;
- 1 866 Pedidos individualizados de outros medicamentos.

Outras atividades:

- Foram divulgados, alertas e Circulares informativas do Infarmed;
- Foram apreciados os consumos de medicamentos tendo sido objeto de análise detalhada os desvios identificados.

cmf
N.º 15/20
mu
f.

➤ **Grupo de Coordenação Local de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA)**

Elementos:

- o Dra. Ana Catarina da Conceição (Coordenadora)
- o Dra. Ana Alexandra Sousa Leitão
- o Dra. Ana Alexandra da Conceição Mirco
- o Dra. Ana Rita Mendes
- o Dra. Ana Rita Martins
- o Dr. António Tralhão
- o Enf.^a Clara Maria Aguiar Carvalho
- o Dra. Elsa Gonçalves
- o Dra. Erica Rodrigues Viegas
- o Dr. Hugo Miguel Moreira
- o Dra. Margarida Rosa Santos
- o Enf.^a Maria Francelina Rebelo
- o Dra. Maria Helena Farinha
- o Dra. Madalena Lopo Tuna
- o Enf.^a Maria Margarida Cabral
- o Dra. Rita Gil Reis
- o Dr. Rogério Matias
- o Dra. Susana Isabel Peres
- o Dra. Teresa Mesquita

No âmbito das competências que lhe são atribuídas, o GCL-PPCIRA realizou diversas atividades ao longo de 2021, das quais se destacam:

Vigilância Epidemiológica

- ♦ No âmbito da pandemia foi efetuado levantamento de contatos, implementadas medidas de prevenção e controlo da infeção;
- ♦ Vigilância epidemiológica de incidência da infeção nosocomial da corrente sanguínea e da infeção a *Clostridioides difficile*. Devido à pandemia COVID, a restante atividade de vigilância epidemiológica foi sendo gerida caso-a-caso, por serviço, tipo de infeção e microrganismos responsáveis.
- ♦ Programa de vigilância epidemiológica com sede Europeia (ECDC):
 - o Surveillance of surgical site infections and prevention indicators in European hospitals – HAISSI;

- Surveillance of healthcare-associated infections and prevention indicators in European intensive care units: HAI-Net ICU;
- European Surveillance of Clostridioides difficile infections.
- ♦ Programa de vigilância epidemiológica da infeção nosocomial em unidades de cuidados intensivos neonatais (VE-UCIN) que integra o Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e das Resistências aos Antimicrobianos – PPCIRA/DGS;
- ♦ Vigilância epidemiológica da infeção nosocomial da corrente sanguínea - PPCIRA/DGS;
- ♦ Vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos de microrganismos alerta e problema de acordo com a Norma 004/2013 da Direção Geral de Saúde;



Formação / Acompanhamento Clínico

Maioritariamente orientadas na prevenção da infeção a SARS-CoV-2

- ♦ Organização, coordenação e participação em ações de formação interna, em colaboração com Departamento de Formação do CHLO (Plano Anual de Formação);
- ♦ Integração de novos Enfermeiros, políticas do GCL-PPCIRA;
- ♦ Integração de novos Assistentes Operacionais, políticas do GCL-PPCIRA;
- ♦ Formação Internato Médico do CHLO;
- ♦ Orientação das práticas clínicas;
- ♦ Continuação da elaboração ou atualização de recomendações, procedimentos e normas para o manual de prevenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos do CHLO;
- ♦ Emissão de pareceres em prevenção e controlo de infeção (P&CI) e utilização de antimicrobianos e antissépticos;

Auditoria de estrutura, processo e resultado

- ♦ Campanha das Precauções Básicas em Controlo de Infeção (PBCI) – Direção Geral de Saúde e Organização Mundial de Saúde;
- ♦ Auditoria ao feixe de intervenções à prevenção da ILC;
- ♦ Auditoria ao feixe de intervenções à prevenção da INCS associada a cateter Venoso Central
- ♦ Auditoria ao feixe de intervenções à prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical;
- ♦ Auditoria ao feixe de intervenções à prevenção da pneumonia associada à intubação;
- ♦ Auditorias internas a indicadores de estrutura, processo e resultado;

Programa de apoio à prescrição antibiótica

- ♦ O Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica sofreu atrasos significativos com a pandemia, uma vez que o horário dos elementos PAPA alocados foi desviado para atividade assistencial a áreas COVID.
- ♦ Em Maio de 2021 foi reativado o programa PAPA e a colaboração no Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, tendo sido realizados:
 - Auditorias ao consumo de antimicrobianos no CHLO;
 - Eleição de Serviços-Piloto do CHLO para a implementação de planos de melhoria da prescrição de terapêutica antimicrobiana, e na redução de consumo de carbapenemos;



- Organização de sessões pedagógicas nos Serviços do CHLO por forma a regulamentar e otimizar a prescrição de antimicrobianos;
- Elaboração/atualização de recomendações institucionais sobre profilaxia antibiótica e terapêutica empírica e dirigida a síndromas e microrganismos específicos.

Colaboração em atividades de gestão – Pandemia SARS-CoV-2

- ♦ Em estreita colaboração com o Serviço de Gestão de Compras, foram elaboradas necessidades de consumo em matéria de Equipamento e Proteção Individual, verificadas as suas especificidades e adequação dos mesmos, com justificação ao INFARMED e DGS sobre EPI que não cumpria as normas nacionais e europeias;
- ♦ Acompanhamento e monitorização dos Planos de Contingência dos Serviços no contexto da pandemia;
- ♦ Acompanhamento e implementação das Normas e Orientações COVID-19 da DGS;
- ♦ Publicação de recomendações em matéria de P&CI, divulgados nos serviços e publicados na Intranet;
- ♦ Emissão de pareceres no âmbito da COVID;
- ♦ Reorganização estrutural dos Serviços COVID e não COVID;
- ♦ Organização transversal de indicadores de estrutura para os serviços COVID;
- ♦ Auditoria aos Processos Clínicos, no contexto da adequação dos rastreios COVID e estado vacinal dos doentes internados.
- ♦ Formação sobre EPI COVID a grupos de médicos, enfermeiros, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e assistentes operacionais;
- ♦ Formação aos AO sobre processos de limpeza e desinfeção em contexto COVID;
- ♦ Participação ativa em reuniões, com as áreas clínicas e não clínicas, sobre medidas de P&CI, no sentido da criação e implementação de circuitos gerais, de respiratórios e não respiratórios;
- ♦ Dinamização do controlo das entradas de doentes, visitas e acompanhantes no Hospital;
- ♦ Elaboração dos circuitos de visitas para serviços COVID e não COVID;

Colaboração em atividades de gestão – Outros:

- ♦ Acompanhamento à acreditação/ certificação de serviços de internamento;
- ♦ Dados de indicadores de Qualidade na área de prevenção e controlo de infeção, identificação de *standards* e padrões de Qualidade para os indicadores de qualidade de PPCIRA;
- ♦ Participação nas reuniões de Qualidade e desempenho dos diversos Serviços;
- ♦ Assessoria ao Conselho de Administração e outros serviços do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, em assuntos do âmbito do PPCIRA;
- ♦ Júri de concurso de prestação de serviços de higiene e limpeza;
- ♦ Planeamento e acompanhamento na realização de testes microbiológicos de superfícies;
- ♦ Planeamento e acompanhamento de bio descontaminação ambiental.

Projetos de investigação/Participação em projetos de investigação/Publicações

- ♦ No ano de 2021, face à situação de pandemia, não houve produção nesta matéria.

Colaboração em atividades para a acreditação de serviços clínicos do CHLO

- ♦ Integração na equipa de acreditação dos serviços clínicos.

➤ Comissão de Qualidade e Segurança

Elementos:

- o Dra. Suzana Parente (Presidente)
- o Dra. Catarina Conceição
- o Dra. Margarida Gonçalves
- o Dra. Augusta Gaspar
- o Dra. Teresa Romão
- o Dra. Marina Alves
- o Dra. Paula Alexandra Flores
- o Dra. Elvira Perea
- o Enf.^a Maria de Fátima Sequeira Almeida
- o Enf.^a Nazaré Gonçalves
- o Enf.^a Casimira Carvalho

De acordo com o Art.º 27º do Regulamento Interno do CHLO, EPE, compete a esta comissão:

- Elaborar o plano anual da qualidade e segurança do doente e o respetivo relatório de atividades;
- Disseminar, apoiar e avaliar de modo contínuo as diferentes dimensões da qualidade, contribuindo para a missão de prestação de cuidados de saúde diferenciados e humanizados de elevada qualidade, segurança e eficiência;
- Dinamizar, coordenar e apoiar os processos de melhoria da qualidade, promovendo e incentivando os processos de certificação e acreditação, gestão do risco e de auditoria clínica;
- Promover e facilitar a colaboração entre serviços para atingir os objetivos estratégicos na área da qualidade e segurança;
- Assegurar, fomentar e dinamizar projetos dedicados a humanização hospitalar.

Em 2021 pouco do que foi previsto pôde ser concretizado fruto da pandemia que continuou a alterar toda a estrutura organizacional no CHLO.

A grande solicitação dos membros do Departamento com responsabilidades clínicas (médicos e enfermeiros) não deixou espaço para dedicação desejável aos aspetos da promoção da Qualidade da intervenção hospitalar.

Por outro lado a redução do número de membros do grupo de trabalho obrigou a um processo de recrutamento, difícil neste particular período. Mesmo assim conseguimos ampliar um pouco a equipa da Qualidade.

Handwritten signature in blue ink, possibly reading "Augusta Gaspar".

Am V.
2/2
19/6/15
[Signature]
[Signature]

Assim há a referir:

– Registo de incidentes

Plataforma Patient Safety Company (Antares)

Incidentes e Registo de incidentes

Em 2021 observou-se uma ampliação da tipologia de registos efetuados, o que faz crer na ainda maior familiaridade com o sistema e confiança do quórum hospitalar nesse sistema.

O esforço possível na avaliação das causas desses incidentes tornou-se mais evidente, com elementos da equipa visitando regularmente os serviços procurando compreender a possível resposta e sua implementação, se aplicável, em termos de melhoria.

Globalmente os aspetos relacionados com ineficiência de transporte de doentes, medicação, e questões organizacionais continuaram a pesar significativamente no conjunto de registos.

Alguns aspetos hoteleiros, concretamente, limpeza, e serviço de refeições, foram indesejavelmente presentes, tal como no ano anterior.

Continuou a ter uma relevância particular o aparecimento dum quadro de agressividade do cidadão para com os profissionais pelo que seria importante dar instrumentos de defesa aos profissionais; infelizmente nem a PSP presente no Hospital HSFX nem a tutela (consciente desta situação) corresponderam às nossas expectativas nesta demanda ainda este ano.

O número elevado de quedas registado entre nós (tal como continua a acontecer no país e internacionalmente) é agravado sem dúvida pelo escasso número de profissionais auxiliares e de enfermagem perante a carga de trabalho que constatamos; alguns casos podiam ser evitados talvez, mas não muitos, estou certa disso.

Sublinhamos, apesar das dificuldades, o empenho dos elementos da CQS, os obreiros neste domínio a nível de cada hospital CHLO, no contacto com os serviços e seus interlocutores procurando analisar o que não corre bem e como podem ser minimizadas as falhas. Naturalmente a expressão dessa vivência foi diferente hospital a hospital.

- Detecção de mensagens de convocação de consultas indevidas

Detetada falha nas mensagens automáticas destinadas aos doentes que se deslocavam ao hospital sendo que a consulta seria telefónica, portanto não presencial. Situação corrigida. Constatou-se melhoria da qualidade da informação dirigida por mensagem aos cidadãos.

- Comprovação da Manutenção da Política de Segurança do Medicamento

IT Medicamentos de alerta máximo, Medicamentos LASA, alertas à prescrição eletrónica, extensão da prescrição eletrónica no domínio da Hematologia /Oncologia.

Ensino ao doente polimedicado.

(responsabilidade dos serviços Farmacêuticos sob controlo do seu sistema da qualidade)

-Auditorias Internas

Atividades transversais-apesar das dificuldades foi possível realizar algumas auditorias no âmbito da correta identificação do doente, ISBAR, ensino ao doente, quedas e suas causas, úlceras de pressão, a nível individual de serviço. Notas de alta. Infecção nosocomial.

Auditoria interna da Unidade de Hospitalização Domiciliária (duas).

- Formação Interna

Não foi possível no contexto que vivemos desenvolver ação, exceto:

- Continuação da atividade de Segregação de Resíduos

- Segurança do doente

- Assinalado o dia com ilustração na Intranet dos aspetos identificados pela OMS para o ano em curso.

- Programa de melhoria de Informação na transição de cuidados em Emergência Obstétrica. (Abril)

- Colaboração no Questionário Segurança do Doente (DGS)

- Participação no Programa SINAS

No âmbito da Excelência Organizacional nos três hospitais CHLO e em alguns serviços no que se refere à Excelência Clínica.

O HEM foi objeto de auditoria externa SINAS-ERS na área de Cirurgia de ambulatório.

Os três hospitais participaram no Programa de avaliação da Qualidade Organizacional da ERS.

- Acreditação ACSA

- Manutenção do sistema de acreditação ACSA nos serviços já acreditados.

- Finalização do processo de acreditação no serviço de Radiologia.

- Colaboração na acreditação europeia do Centro de Referência de cardiopatias congénitas (S Cardiologia pediátrica)

- Realização de Inquérito telefónico de avaliação da Satisfação dos doentes com a consulta telefónica

Finalizado este inquérito que nos permite identificar linhas de ação para melhoria de acessibilidade a cuidados de saúde em 2022.

- Políticas da qualidade CHLO

Revisão das políticas e procedimentos em vigor já disponibilizadas na Intranet.

Criação de novos documentos (eg Controlo documental)

- Participação ativa no Programa de Prevenção da *Legionella* (PIOPAL)

➤ Comissão Técnica de Certificação de Interrupção Voluntária da Gravidez

(Interrupção da gravidez por doença grave ou malformação congénita do feto ou fetos inviáveis)

Elementos:

o Dr. António Macedo – Presidente



CMR
NLS
mu
J

- o Dr. Fernando Cirurgião
- o Dra. Cristina Fadigas
- o Dra. Patrícia Veca
- o Dra. Carla Lilaia
- o Dra. Tânia Sardinha

Competências:

1- A certificação da situação prevista na alínea c) do nº 1 do artigo 142 do Código Penal compete à comissão técnica, criada em cada estabelecimento de saúde oficial que realize interrupções da gravidez.

2-Cada comissão técnica é composta por três ou cinco médicos como membros efetivos e dois suplentes, a nomear pelo conselho de administração do estabelecimento oficial de saúde pelo período de um ano, renovável.

3- Da comissão técnica fazem parte, obrigatoriamente, um obstetra/ ecografista, um neonatologista e, sempre que possível, um geneticista, sendo os restantes membros necessariamente possuidores de conhecimentos adequados para a avaliação das circunstâncias que tornam não punível a interrupção da gravidez.

4- A comissão técnica pode, sempre que necessário, solicitar o parecer de outros técnicos ou peritos.

5- A comissão técnica reúne:

- a) Mediante convocação do presidente, sempre que necessário;
- b) Obrigatória e imediatamente, após a receção dos atestados, relatórios, pareceres médicos e documento normalizado de consentimento.

6- A comissão técnica deve prestar os esclarecimentos pertinentes à mulher grávida ou seu representante legal.

7- Ao funcionamento da comissão técnica aplica-se o disposto no Código do Procedimento Administrativo quanto aos órgãos colegiais.

Nº de casos em 2021:

- **25** Interrupções médicas da gravidez por doença grave ou malformação congénita do feto ou fetos inviáveis

Mais se informa que a equipa médica de Ginecologia e Obstetrícia é Objeto de Consciência para os casos de Interrupção da gravidez por opção da mulher.

► Comissão de Transfusão do CHLO

Elementos:

- o Dra. Suzana Parente
- o Prof.ª Dra. Maria Cândida Fonseca
- o Dra. Marta Gonçalves

- o Dra. Maria Fátima Coelho
- o Enf.ª Isabel Cristina Félix
- o Dra. Maria Susana Ribeiro
- o Dr. Pedro Alexandre Magro



A Comissão de Transusão tem como objetivos assegurar as condições de qualidade e segurança e dos componentes sanguíneos.

➤ **Comissão de Coordenação Oncológica**

Elementos:

- o Dr. José Manuel Correia (Presidente)
- o Dra. Ana Maria Martins
- o Dr. Carlos Neves
- o Dra. Sância Ramos
- o Dra. Helena Miranda

A comissão de coordenação oncológica tem como objetivo principal, em conformidade com o enquadramento legal em vigor, assessorar o conselho de administração nas matérias relacionadas com a prevenção, diagnóstico e tratamento da doença oncológica, promovendo ativamente a disseminação do conhecimento, a melhoria da acessibilidade do doente oncológico e a integração de cuidados na área oncológica.

➤ **Comissão Local Informatização Clínica (CLIC)**

Elementos:

- o Dr. Carlos Galamba
- o Dr. António Carvalho
- o Eng.º Jorge Pedroso
- o Dr. João Faro Viana
- o Dra. Ana Mirco
- o Dra. Isabel Cabral
- o Enf.ª Célia Osana
- o Dra. Ana Maria Monteiro Almeida
- o Dr. João Rijo
- o Dr. Renato Mota
- o Dra. Carla Saraiva
- o Sr. João Velho

É da competência da CLIC de cada organização garantir que a estratégia TIC da respetiva entidade considera os objetivos ENESIS 2020, integra as suas iniciativas e incorpora as boas práticas do eSIS. A CLIC é responsável por:

- Implementação na sua organização das iniciativas no âmbito do ENESIS 2020, coordenando atividades dos diversos departamentos e serviços envolvidos e atribuindo responsabilidades locais pelo cumprimento dos objetivos eSIS;
- Monitorizar na sua organização a implementação de iniciativas no âmbito da ENESIS 2020, incluindo a análise de indicadores de acompanhamento e risco, e reportar essa avaliação através da plataforma de Gestão de Portfólio de Iniciativas disponibilizada pela CeSIS.

➤ **Comissão de Apoio para o Programa de Intervenção Operacional de Prevenção Ambiental da Legionela (PIOPAL)**

Elementos:

- o Dr. Carlos Galamba
- o Dra. Catarina Conceição
- o Dra. Suzana Parente
- o Eng.º Nuno Horta
- o Eng.º Paulo Lopes
- o Dra. Teresa Martinho
- o Dr. Sérgio Santos
- o Eng.ª Carla Dias e Eng.ª Patrícia Pacheco (em substituição)
- o Eng.º Paulo Diegues

A comissão de apoio ao programa de intervenção operacional de prevenção ambiental da *legionella*, tem como objetivo apoiar o conselho de administração na vigilância da qualidade do sistema de distribuição de água e dispositivos de refrigeração do CHLO.

➤ **Comissão de tratamento de dados pessoais**

Elementos:

- o Dr. Carlos Galamba
- o Dr. António Carvalho
- o Dr. João Faro Viana
- o Dra. Graça Bessone
- o Enf.ª Susana Quintão
- o Dra. Ana Luísa Caetano
- o Dra. Suzana Parente
- o Eng.º Jorge Pedroso
- o Dra. Isabel Elisiário
- o Dra. Isabel Cabral

o Natacha Paiva

A CTD é um órgão de carácter consultivo, criada com o intuito de assegurar que as operações de tratamento de dados realizados no CHLO respeitem, contínua e permanentemente, o dispositivo no RGPD.

Funciona na dependência direta do Conselho de Administração e as suas competências não contêm com as atribuições que legalmente cabem ao Encarregado de Proteção de Dados (EPD).

Compete a esta Comissão:

- Pronunciar-se, em caso de dúvida, sobre a conformidade dos procedimentos de tratamento de dados pessoais no CHLO, E.P.E. com as obrigações decorrentes do RGPD;
- Alertar para eventuais vulnerabilidades no processo de tratamento de dados que possam colocar em risco a privacidade e os demais direitos dos titulares dos dados previstos no RGPD;
- Avaliar a conformidade com o RGPD dos planos de intervenção nos serviços clínicos e administrativos, que lhe sejam submetidos
- Pronunciar-se sobre a execução dos planos aprovados pelo Conselho de Administração em matéria de proteção de dados nos serviços clínicos e administrativos, nos casos em que se suscitem dúvidas sobre a operacionalização dos mesmos;
- Acompanhar a execução das recomendações do EPD e da Autoridade de Controlo;
- Fomentar a divulgação de boas práticas, em matéria de proteção de dados, junto dos profissionais do CHLO.

➤ Núcleo Hospitalar de Apoio a Criança e Jovens em Risco

Elementos:

- o Ana Caldeira (Médica Pediatra)
- o Maria Custódia Ribeiro (Psicóloga)
- o Maria do Rosário Almeida (Enfermeira)
- o Paula Afonso (Técnica de Serviço Social)
- o Sílvia Silva (Assistente Técnica)
- o Rita Monteiro

O NHACJR apresenta como desígnios fundamentais assumir a sua função de provedor dos direitos da criança, na proteção do seu melhor interesse e no respeito pela sua dignidade, sendo a sua Missão:

Promover os direitos da criança e jovem, em particular a saúde, através da prevenção da ocorrência de maus tratos. Detetar e gerir situações de risco ou perigo de violência interpessoal, em particular as relacionadas com maus tratos a crianças e jovens.

No ano de 2021 foram avaliadas pelo NHACJR do CHLO 88 crianças e jovens em situação de risco ou perigo, das quais 52 situações inaugurais, e 36 reavaliações. Relativamente ao ano anterior verifica-se um aumento em cerca de 37,50%, das situações sinalizadas e reavaliadas. Facto que pode estar relacionado com o fim da vigência do estado de emergência em Portugal e a estratégia de levantamento de medidas de confinamento realizadas no âmbito do combate à pandemia da doença COVID-19, que conduziu inevitavelmente a um aumento de afluência de crianças e adolescentes ao serviço de urgência, que se traduziu também, num maior número de sinalizações ao NHACJR.



Mediante a classificação do fenómeno em 4 categorias: Negligência, Mau Trato Físico, Abuso sexual e Mau Trato Psicológico, verificou-se, através dos dados apresentados, que em 2021 o Mau Trato Físico constituiu a tipologia mais identificada correspondendo a 46,15% dos casos sinalizados, seguido das situações de Mau Trato Psicológico com 26,92% de representatividade. O Abuso Sexual integrou a terceira causa mais identificada com 15,38%. A negligência, onde se inclui a negligência passiva e ativa, representou cerca de 11,54% das situações sinalizadas.

O NHACJR realizou, dentro das competências que lhe são atribuídas, inúmeras intervenções de assessoria técnica e articulação funcional respeitantes a diligências efetuadas, nomeadamente para os Cuidados de Saúde Primários, Escolas, Entidades Policiais, etc. Foram elaborados inúmeros pareceres técnicos, em estrita colaboração com a Direção de Pediatria e o Serviço Social, de crianças e jovens em risco/ perigo, em resposta a entidades externas, tais como o Tribunal, Ministério Público, DCIAP, Polícia Judiciária, etc.

No sentido de assegurar a articulação funcional entre o NHACJR e NACJR do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, quer para o desenvolvimento de projetos conjuntos ou discussão de casos sinalizados, manteve-se a Cooperação/ Colaboração em Projetos vários que se expõem com mais detalhe no relatório anual (2021) do NHACJR.

Apesar de alguns constrangimentos, a equipa multidisciplinar manteve-se e trabalhou sempre com o intuito de melhorar os procedimentos e a forma de agir na procura de soluções para as problemáticas identificadas que visassem, inequivocamente, o interesse superior da criança.

➤ Equipa para a prevenção da violência em adultos

Elementos:

- o Dra. Paula Branco
- o Dra. Paula Tadeu Alves
- o Dra. Gabriela Rodrigues
- o Enf.ª Ana Ramos
- o Enf.ª Lígia da Silva

CMF
N.º 166/2017
M
J

o Dr. Fernando Silva

➤ Equipa local de gestão de camas

Elementos:

- o Dr. Carlos Nascimento
- o Dr. António Carvalho
- o Dra. Helena Boquinhãs
- o Dra. Isabel Madruga
- o Enf.^a Rosa Pina
- o Enf.^a Thereza Vasconcellos
- o Enf.^a Ilda Roldão

➤ Gabinete de codificação e auditoria clínica

Elementos:

- o Dra. Ana Leitão (Coordenadora)
- o Dra. Sância Ramos
- o Dra. Maria Isabel Aldir
- o Dra. Margarida Santos

➤ Coordenação hospitalar de doação

Elementos:

- o Dr. Jorge Rebanda
- o Dra. Ana Gabriela Almeida
- o Dra. Lia Ledo
- o Dra. Maria Gabriela Rodrigues

D. Fiscalização

1. Identificação do órgão de fiscalização correspondente ao modelo adotado: Fiscal Único, Conselho Fiscal, Comissão de Auditoria, Conselho Geral e de Supervisão ou Comissão para as Matérias Financeiras

O Conselho Fiscal é composto por três elementos efetivos e um suplente, em conformidade com o disposto no n.º 2 do art.º 15.º dos estatutos do CHLO, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, e foram nomeados através do despacho conjunto dos Senhores Secretários de estado do Tesouro e da Saúde, de 28/11/2017.

2. Composição, consoante aplicável, do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras, ao longo do ano em referência, com indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração estatutária do mandato, número de membros efetivos e suplentes, data da primeira designação e data do termo de mandato de

cada membro. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou). Informação a apresentar segundo o formato seguinte:

CONSELHO FISCAL

(euros)

Mandato	Cargo	Nome	Designação		Estatuto Remuneratório Fixado Mensal	N.º Mandatos
			Forma (1)	Data		
2021-2023	Presidente	Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida			1 366,10	2
	Vogal Efectivo	Dr.ª Carla Maria Lamego Ribeiro	Despacho nº		1 024,58	1
	Vogal Efectivo	Dra. Tânia Isabel Branco de Jesus	12171/2021	16/12/2021	1 024,58	1
	Vogal Suplente	Dr. Rui Miguel Marques Neves Pinho Bandeira				

(1) AG/DUE/despacho

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

• Conselho Fiscal

Presidente – Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida

Data de Nascimento: 14/07/1956

Habilitações Académicas

- Licenciatura em Organização e Gestão de Empresas
- Revisor Oficial de Contas

Atividade Profissional

Sócio gerente da sociedade Vítor Almeida & Associados, SROC, Lda.

Categoria Profissional:

- Revisor Oficial de Contas desde 1990, inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas sob o número 691 e na lista de auditores da CMVM sob o número 20160331.

Cargos:

- Desenvolve a atividade de auditoria enquanto sócio gerente do Vítor Almeida & Associados, SROC, Lda., assegurando, nesta qualidade, funções de fiscalização em diversas entidades públicas e privadas;
- Presidente do Conselho Fiscal da EFACEC Power Solutions, SGPS, S.A., desde outubro de 2020;
- Vogal do Conselho Fiscal da PROFILE – Sociedade Gestora de Fundos de Investimento Mobiliário, S.A.;
- Consultor da Autoridade Nacional da Aviação Civil (ANAC).

cmr
M. Lamego
Ribeiro

Anteriormente, integrou os quadros da Inspeção Geral de Finanças, tendo chegado a Inspetor de Finanças Diretor (1982-1998).

Foi presidente do Conselho Diretivo da Administração Geral Tributária (2000-2003);

Foi adjunto do Ministro da Finanças e do Secretário de Estado e Finanças (1998-2000).

Desenvolveu atividades de consultoria junto dos Ministérios das Finanças de Angola e de Cabo Verde, bem como de outras entidades públicas nacionais;

Foi assistente convidado no Instituto Superior de Gestão (ISG) de 1987 a 1991 e no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), de 1992 a 2015, lecionando a disciplina de auditoria financeira, tendo sido igualmente diretor do mestrado executivo de auditoria e revisão de contas no Overgest / ISCTE, onde lecionou diversos módulos.

Foi vogal do Conselho Diretivo da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, de 2012 a 2017, integrando ainda outros cargos diversos nesta Entidade.

Foi consultor da Unidade Técnica de Acompanhamento de projetos (UTAP), de 2012 a 2019, tendo integrado múltiplas comissões de renegociação e equipas de projeto associadas a PPP e Concessões.

Vogal – Dr^a. Carla Maria Lamego Ribeiro

Data de Nascimento: 15/08/1972

Habilitações Académicas

- Pós-Graduada em Estudos Europeus (Direito Económico Europeu) pela Faculdade de Direito de Lisboa, Universidade de Lisboa (1999)
- Licenciada em Economia pelo Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa (1994)

Atividade Profissional

Exercício enquanto Gestora Pública de cargo de Direção Superior, Vogal da Direção Executiva do Fundo de Apoio Municipal.

Cargos:

- Vogal da Direção Executiva do Fundo de Apoio Municipal, dezembro 2014 até à data;
- Presidente do Conselho Fiscal das Águas de Portugal, S.G.P.S., dezembro 2014 até à data;
- Vogal não Executiva do Conselho de Administração da Fundação para as Comunicações Móveis, 2013 a 2015;
- Adjunta no Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, com designação de substituta do Chefe de Gabinete, julho de 2013 a dezembro 2014;
- Adjunta no Gabinete do Secretário de Estado do Orçamento, junho de 2011 a julho de 2013;

cmf
22/6/8
fun
J.

- Adjunta no Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, com designação de interlocutora junto do GMEF, outubro de 2010 a junho de 2011;
- Inspectora de Finanças Superior, Inspeção Geral de Finanças, de 2007 a 2010;
- Chefe de Divisão de Auditoria, Direção Geral do Orçamento, 2002 a 2007.

Vogal – Dr.ª Tânia Isabel Branco de Jesus

Data de Nascimento: 11/12/1982

Habilitações Académicas:

- Licenciatura em Direito, com especialização em ciências jurídico-económicas, pela Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa;
- Especialização em Direito do Trabalho e da Segurança Social, pela Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa.

Atividade Profissional

Técnica Superior Especialista em Orçamento e Finanças Públicas do Ministério das Finanças, a exercer funções na Direção-Geral do Tesouro e Finanças – Direção de Serviços de Apoio Jurídico e de Coordenação (2019 – até ao momento);

Cargos:

- Secretária da Mesa da Assembleia Geral da SIRESP – Gestão de Redes Digitais de Segurança e Emergência, S.A. (2019- Até ao momento)

Anteriormente, foi jurista na Direção de Património e Procurement do Banif – Banco Internacional do Funchal, S.A. (2008-2013);

Foi responsável pelo acompanhamento jurídico, a nível interno, do plano de reestruturação do Grupo Banif, encontrando-se integrada na Direção de Recursos Humanos e Serviços (2013-2015);

Foi jurista na Direção de Assessoria Jurídica do BBI – Banco de Investimento, S.A., onde prestou assessoria ao Conselho de Administração da Sociedade, assim como da Banif Gestão de Ativos, S.A. e da Banif Capital, S.A. (2015-2017);

Prestou apoio jurídico à Direção de Compliance da Oitante, S.A. (2015-2017);

Integrou o Gabinete do Secretário de Estado da Proteção Civil, no Ministério da Administração Interna, do XXI Governo Constitucional (2017-2019).

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

No decurso do mandato do Conselho Fiscal nunca se colocou a necessidade de contratação de serviços adicionais ao auditor externo. Se algum dia tal se colocar, naturalmente que, para além das

disposições legais e regulamentares aplicáveis, serão seguidas as boas práticas sobre esta matéria, de forma a assegurar o respeito pela independência do exercício das funções pelo auditor externo, bem como pela verificação da inexistência de potenciais conflitos de interesses.

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

Não aplicável.

6. Identificação, consoante aplicável, dos membros do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras que se considerem independentes, nos termos do n.º 5 do artigo 414.º do CSC.

No que se refere ao cumprimento do conceito de independência, não se verifica, relativamente a qualquer um dos membros do Conselho Fiscal, qualquer das situações referidas no n.º 5 do art.º 414.º do Código das Sociedades Comerciais, pelo que são todos independentes, para efeitos do conceito previsto neste artigo.

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

A natureza, o regime de substituição, o tempo de mandato e o regime de exercício de funções no respetivo termo, bem como as competências do conselho fiscal, são os constantes dos artigos 15.º e 16.º dos Estatutos dos Hospitais E.P.E.

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

O Conselho Fiscal, na sua atual composição, assumiu como prática reunir pelo menos uma vez por mês, para além da realização de outras reuniões adicionais, sempre que tal se revele necessário. Desde a sua nomeação e até ao momento presente o Conselho Fiscal reuniu três vezes, sempre com a presença da totalidade dos seus membros.

CONSELHO FISCAL

N.º Reuniões	Local de realização	Intervenientes na reunião	Ausências dos Membros do Conselho Fiscal
3	Lisboa	Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida Dr.ª Carla Maria Lamego Ribeiro Dr.ª Tânia Isabel Branco de Jesus	não se verificaram ausências

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

Os membros do Conselho Fiscal não desenvolvem, em simultâneo, qualquer outra atividade dentro do CHLO.

Amr
Alb
mu
d

Fora do grupo CHLO, cada um dos membros do Conselho Fiscal desenvolve as funções referidas na resposta à questão 3 do presente capítulo.

E. Revisor Oficial de Contas (ROC)

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

Na sequência do Despacho n.º 12171/2021 de 6 de dezembro de 2021, emanado dos gabinetes do SET e SES foi nomeado ROC para os exercícios de 2021 a 2023 a Sociedade de Revisores Oficiais de Contas Grant Thornton & Associados, SROC, L.da, representada pelo ROC Dr. Pedro Miguel Raposo Lisboa Nunes inscrito na OROC com o n.º 1202 e na CMVM com o n.º 20160813. O Despacho acima referido ainda contempla esta Sociedade ROC para a prestação do serviço de revisão e certificação legal de contas do exercício de 2017, 2018, 2019 e 2020. Encontram-se em curso os trabalhos de revisão e certificação legal de contas.

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

Não aplicável

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

Ano	Cargo	Identificação SROC/ROC			Designação			N.º de anos de funções exercidas no grupo	N.º de anos de funções exercidas na entidade
		Nome	N.º de inscrição na OROC	N.º de inscrição na CMVM	Forma (1)	Data	Data do Contrato		
2021-2023	Roc Eletivo	Sociedade de Revisores Oficiais de Contas Grant Thornton & Associados, SROC, L.da	67	20161403	Despacho n.º 12171/2021	16/12/2021	04/03/2022	1	1
	Representada pelo ROC	Dr. Pedro Miguel Raposo Lisboa Nunes	1202	20160813					

Nota: Deve ser identificada o efetivo (SROC e ROC) e suplente (SROC e ROC)

(1) Indicar AGDUE/Despacho (D).

Nome ROC/UF	Valor Anual do Contrato de Prestação de Serviços - 2021 (1)			Valor Anual de Serviços Adicionais - 2021 (1)		
	Valor (1)	Reduções (2)	Valor Final (3) = (1) - (2)	Identificação do Serviço	Valor (1)	Reduções (2)
Sociedade de Revisores Oficiais de Contas Grant Thornton & Associados, SROC, L.da	29 766,00		29 766,00			

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

Não aplicável

F. Conselho Consultivo

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

A natureza, o regime de substituição, o tempo de mandato e o regime de exercício de funções no respetivo termo, bem como as competências do conselho consultivo, são os constantes dos artigos 21.º, 22.º e 23.º dos Estatutos dos Hospitais E.P.E. (Decreto-Lei nº 18/2017 de 10 de Fevereiro):

<http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/legislacao>

Duração estatutária do mandato: O mandato dos membros do Conselho Consultivo tem a duração de três anos. Data da primeira designação:

Nomeação do Presidente do Conselho Consultivo em 10 de Outubro de 2014 pelo Senhor Ministro da Saúde, e restantes membros nomeados e eleitos de acordo com o Decreto-Lei nº244/2012 de 9 de Novembro.

Até à presente data, o Conselho Consultivo não foi re/nomeado.

G. Auditor Externo

- 1. Identificação do auditor externo designado e do sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções, bem como o respetivo número de registo na CMVM, assim como a indicação do número de anos em que o auditor externo e o respetivo sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções exercem funções consecutivamente junto da empresa e/ou do grupo, bem assim como a remuneração relativa ao ano em referência.**
- 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.**
- 3. Identificação de trabalhos, distintos dos de auditoria, realizados pelo auditor externo para a empresa e/ou para empresas que com ela se encontrem em relação de domínio, bem como indicação dos procedimentos internos para efeitos de aprovação da contratação de tais serviços e indicação das razões para a sua contratação.**
- 4. Indicação do montante da remuneração anual paga pela empresa e/ou por pessoas coletivas em relação de domínio ou de grupo ao auditor e a outras pessoas singulares ou coletivas pertencentes à mesma rede e discriminação da percentagem respeitante aos seguintes serviços.**

Não existe.

VI. Organização Interna

A. Estatutos e Comunicações

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

O Regulamento Interno do CHLO, E.P.E., foi homologado por Sua Ex.^a o Secretário de Estado da Saúde, em 27 de Junho de 2006, com a adaptação homologada por sua Ex.^a o Sr. Ministro da Saúde, em 04 de Março de 2016.

No entanto, de referir que em 17 de Janeiro de 2022, foi aprovado o novo Regulamento Interno homologado pela Sra. Ministra da Saúde.

Os estatutos do CHLO, E.P.E. são aprovados por Decreto-Lei, constando atualmente do Anexo II e III ao Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro. O regime fixado no Decreto-Lei ora citado e nos Estatutos a ele anexos tem carácter especial relativamente ao disposto no regime jurídico do setor público empresarial, que é subsidiariamente aplicável, com as devidas adaptações.

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

Considerando que nos termos do disposto na alínea b), do n.º 2, do artigo 19.º, Anexo II, do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, compete ao Serviço de Auditoria Interna (SAI) “receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital E.P.E., apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral”.

Considerando que de acordo com o previsto no n.º 1, do artigo 20.º do mesmo Decreto-Lei, “o hospital E.P.E., 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”.

O Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E. (CHLO) vê na comunicação de irregularidades um meio que incrementa a possibilidade de fomentar uma cultura de maior transparência, responsabilização e oportunidade de melhoramento na qualidade dos mecanismos de controlo da atividade.

Neste sentido, foi aprovado pelo Conselho de Administração a 28 de Maio de 2020, a 2.ª Edição do Regulamento de Comunicação de Irregularidades, publicitado na intranet e internet do CHLO, que define um conjunto de normas e procedimentos internos de irregularidades através do qual possam ser descritos factos que incidem:



- a. 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;
- b. Danos e/ou abusos praticados a título de dolo ou negligência;
- c. Atos que ponham em risco o património do CHLO ou dos utentes e/ou que originem prejuízo à imagem ou reputação do CHLO.



Para a formalização do procedimento da comunicação de irregularidades foi criado um circuito de comunicação interna e externa, a qual deverá ser endereçada ao Serviço de Auditoria Interna (SAI) através do endereço de correio eletrónico: sai.irregularidades@chlo.min-saude.pt ou por carta, com menção de "confidencial", conforme estipulado no seu regulamento, para a seguinte morada: Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa.

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

O CHLO possui mecanismos implementados que permitem detetar, avaliar e mitigar a fraude da organização/riscos de corrupção através de vários instrumentos regulatórios, nomeadamente: Código de Conduta Ética, Regulamento Interno, Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC), Regulamento de Comunicação de Irregularidades, Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), Regulamento Interno da Comissão de Tratamento de Dados Pessoais, Modelo Organizativo do Governo da Privacidade, Proteção e Tratamento de Dados Pessoais no CHLO e Manuais de Procedimentos.

Os instrumentos acima identificados, conjuntamente com as atividades de controlo, informação, comunicação e monitorização dos diversos riscos associados à atividade da organização, constituem um instrumento fundamental de suporte ao planeamento estratégico e tomada de decisão pelo Conselho de Administração (CA).

Em cumprimento da Recomendação nº 1/2009, de 1 de julho, do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) o CA do CHLO aprovou, em 30 de julho de 2014, o PGRIC. Tendo em consideração as recomendações do CPC e a realidade do CHLO foram efetuadas duas revisões do referido plano, tendo sido aprovadas pelo CA em 02 de dezembro de 2015 e 15 de dezembro de 2021.

O PGRIC estabelece orientações sobre a prevenção de riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas e conflito de interesses, os critérios de risco, as funções e as responsabilidades na sua estrutura e organização interna, bem como as medidas de melhoria (preventivas/corretivas).

Este último documento inclui as Matrizes de Risco dos seguintes serviços:

- Conselho de Administração;

- Serviço de Auditoria Interna;
- Serviço Jurídico e de Contencioso;
- Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão;
- Serviço de Gestão de Compras;
- Serviço de Logística e Distribuição;
- Serviço de Gestão Hoteleira;
- Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação;
- Serviço Financeiro;
- Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos/Administração de Pessoal;
- Serviço de Gestão de Doentes;
- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Secretaria - Geral;
- Unidade Funcional de Gestão de Transportes e Parques de Estacionamento;
- Serviços Farmacêuticos;
- Espólio – Urgência Geral;
- Áreas Clínicas.

O PGRCIC encontra-se publicado na intranet e internet do CHLO e no Portal do SNS.

B. Controlo interno e gestão de riscos

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

O CHLO E.P.E. dispõe de um sistema de controlo interno, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção. Enquanto ao SAI compete efetuar/assegurar a sua avaliação de acordo com o previsto no n.º 1 do artigo n.º 20.º e n.º 1 do artigo 19.º, Anexo II, do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

O Sistema de Controlo Interno compreende um conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos no CHLO de forma a garantir:

- a. A execução de uma atividade eficiente que assegure a utilização eficaz dos recursos e ativos, a garantia de continuidade, segurança e qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão, mitigação e controlo de riscos de atividade, da correta e prudente avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição e implementação de mecanismos/procedimentos de prevenção e de proteção do serviço prestado contra atuações danosas ou comprometedoras ao normal funcionamento.

CMV

Albino
fina
d.

- b. A existência de informação económica e financeira e de gestão verdadeira e apropriada que sustente/garante as tomadas de decisão e processos de controlo quer a nível interno e externo.
- c. O cumprimento das disposições legais, regulamentares, deontológicas, profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, de conduta e de relacionamento vertidas no Código de Conduta Ética e Regulamento Interno do CHLO, as orientações e recomendações provenientes de entidades externas como o Tribunal de Contas, IGAS e outras.

Este processo compreende uma base contínua e eficaz na monitorização de avaliações periódicas tendo como objetivo identificar fragilidades do sistema de forma a serem ultrapassadas prontamente.

No seguimento destas orientações foram criados instrumentos, pelos diferentes serviços que constituem o CHLO, de forma a reunir e sistematizar e divulgar um conjunto de informações no desempenho das variadas tarefas, de modo a facilitar a compreensão da sua estrutura atribuições e funcionamento designados de Manuais de Procedimentos, com o objetivo de dirimir/eliminar o risco e a fraude.

De entre os diversos mecanismos e instrumentos que são parte integrante do sistema de controlo interno, salientamos os seguintes:

- Código de Conduta Ética;
- Regulamento Interno;
- Serviço de Auditoria Interna;
- Departamento da Qualidade;
- Encarregado da Proteção de Dados (EPD/DPO);
- Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas;
- Regulamento de Comunicação de Irregularidades;
- Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD);
- Regulamento Interno da Comissão de Tratamento de Dados Pessoais;
- Modelo Organizativo do Governo da Privacidade, Proteção e Tratamento de Dados Pessoais no CHLO;
- Manuais de procedimentos dos serviços e unidades;
- Segregação de Funções.

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.

- o Serviço de Auditoria Interna – Etelvino Craveiro (Auditor Interno);



- Departamento da Qualidade - Dra. Suzana Parente (Presidente);
- Encarregado da Proteção de Dados (EPD/DPO) – Dra. Maria João Lupi;
- Comissão de Ética – Dra. Paula Maria Rodrigues Peixe (Presidente);
- Diretores/Responsáveis de Serviço;
- Outras - vide a alínea d) do n.º 8 do ponto V deste relatório.

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

O CHLO, E.P.E. dispõe de um PGRIC desde 2014, aprovado pelo CA em 30 julho de 2014, tendo a sua última revisão (2ª) sido aprovada pelo CA, em 15 de dezembro de 2021. Esta revisão consistiu no reajustamento dos riscos anteriormente considerados, bem como o acrescento de novos riscos, respetivos níveis de probabilidade de ocorrência (PO), impacto (I) (gravidade da consequência) e grau do risco (combinação da PO com I) dos serviços constantes no plano, de acordo com a FEDERATION OF EUROPEAN RISK MANAGEMENT ASSOCIATIONS (FERMA) – “A Risk Management Standard” com o objetivo de o tornar o mais abrangente/consistente, eficaz e eficiente com o objetivo de mitigar/dirimir os riscos considerados.

O PGRIC visa essencialmente identificar as situações potenciadoras de riscos de corrupção e infrações conexas e proteção de dados pessoais (RGPD), elencar medidas preventivas e corretivas que minimizem ou eliminem se possível a probabilidade de ocorrência do risco e definir a metodologia de adoção e monitorização das medidas propostas, identificando os respetivos responsáveis.

No PGRIC estão identificados:

- Os serviços e respetivos diretores ou responsáveis;
- Os diferentes tipos de riscos inerentes a cada serviço e respetivas áreas de atividade;
- A sua probabilidade de ocorrência, impacto e grau do risco (em termos de alta, média e baixa);
- Os mecanismos de controlo interno existentes;
- As medidas de melhoria (preventivas/corretivas) propostas para fazer face aos mesmos;
- O (s) responsável (eis) pela sua implementação.

O PGRIC encontra-se publicado no Portal do SNS e no site do CHLO (Intranet e Internet) cujo Link de acesso é o seguinte:

https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/PlanoGRICInfConexasCHLO_2%C2%AArevisao16122021.pdf

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

O Serviço de Auditoria Interna do CHLO depende, em termos orgânicos, do Presidente do CA, nos termos dos Estatutos, nº14 do artigo 19º do Decreto-lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro. O Departamento da Qualidade depende, em termos orgânicos da Sra. Presidente do CA, enquanto o Encarregado da Proteção de Dados (EPD/DPO) da CNPD.

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

A gestão e controlo dos riscos são assumidos no CHLO pela sua estrutura organizacional, numa primeira linha pelo CA e pelos seus colaboradores em geral.

Por sua vez, tendo em conta as especificidades de certos tipos de riscos existem áreas funcionais com competências para a gestão e o controlo dos mesmos, destas destacam-se, Departamento da Qualidade e o Encarregado da Proteção de Dados (EPD/DPO).

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

Riscos económicos e financeiros:

- Contexto económico muito desfavorável;
- Custo per capita da saúde a crescer numa relação desproporcionada às verbas disponibilizadas;
- Elevado Prazo Médio de Recebimentos;
- Elevado Prazo Médio de Pagamentos;
- Diminuição do poder de negociação nos processos de aquisição de bens e serviços;
- Significativa dependência do Contrato-programa;
- Diminuição de ativos;
- Decisões da tutela a nível central com impacto negativo na execução orçamental;
- Riscos financeiros resultantes de desequilíbrio económico-financeiro persistente.

Riscos operacionais:

- Clínicos;
- Proteção de dados pessoais;
- Segurança das pessoas e dos bens;
- Fraca autonomia na gestão hospitalar;
- Edifícios e parque de equipamentos muito envelhecidos;
- Dificuldade na realização de novos investimentos;

- Constrangimentos na contratação de novos *profissionais*;
- Dificuldade em assegurar a permanência de alguns profissionais, nomeadamente, face às condições mais favoráveis que o setor privado apresenta;
- Dificuldade na gestão/redução de listas de espera de algumas especialidades;
- Deficiente resposta de Cuidados Primários;
- Deficiente resposta de Cuidados Continuados;
- Ausências de modelos organizacionais suporte da doença crónica;
- Legislação laboral muito restritiva;
- A segurança dos diversos sistemas de informação internos e externos;
- Sistemas de informação deficitários;
- Riscos de reputação e imagem.

Riscos jurídicos:

- Capacidade de identificar áreas mais sensíveis;
- Capacidade de monitorizar as responsabilidades da empresa/profissionais em cada uma dessas áreas;
- Capacidade de litigância.

As organizações devem analisar os fatores de risco para cada área de atividade, equacioná-los e geri-los por forma a evitar acontecimentos que prejudicam os resultados da sua atividade e o seu normal funcionamento, protegendo as suas áreas de atuação e assegurando que presidam à sua ação princípios como os da segurança, da transparência, da isenção e da eficiência.

A gestão de risco é, assim, uma tarefa contínua, em constante evolução e desenvolvimento, que, no caso do CHLO, acompanha permanentemente a definição das estratégias adotadas pela organização e a sua implementação concreta.

Adicionalmente aos riscos da entidade já mencionados, a identificação dos riscos associados a cada serviço do centro hospitalar tem como objetivo conhecer a sua exposição a determinados fatores, que poderão colocar em causa a realização de determinado objetivo.

O PGRIC assume particular importância na descrição de tais riscos, classificados por serviço conforme listados anteriormente (*vide ponto – ‘Indicação das políticas antifraude adotadas e identificação de ferramentas existentes com vista à mitigação e prevenção de fraude organizacional’*), bem como os respetivos planos de ação na mitigação de tais riscos.

O PGRIC do CHLO, encontra-se disponível para consulta no seguinte link: https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/PlanoGRICInfConexasCHLO_2%C2%AArevisao16122021.pdf

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

Para que a dissuasão da fraude nas organizações seja eficaz é necessário identificar os seus pontos fortes e fracos, permitindo assumir um compromisso consciente de combate à fraude e a criação de indicadores de eficácia na gestão do risco.

Compete ao SAI avaliar os sinais de riscos, tendo como objetivo alertar, através de planos de análise estruturados enquanto parte integrante de um sistema de controlo interno, mas também recomendar medidas efetivas de combate e mitigação do risco.

A ação do SAI assume primordial importância na execução e otimização da gestão da investigação face à suspeita da prática de fraude, na análise transversal, objetiva e isenta dos riscos, emitindo recomendações de melhoria dos princípios de controlo interno, em total respeito com os princípios éticos da Instituição e com as normas internacionais de auditoria. Esta ação é determinante na mitigação do risco, servindo de combate à fraude/ocorrência, mesmo antes (e evitando) do acontecimento.

Neste sentido, encontra-se em prática o PGRIC que identifica um conjunto de matrizes de risco por serviço, e elaborado de acordo com as Normas de Gestão de Risco da FERMA.

O PGRIC deve ser dinâmico, devendo ser revisto quando os riscos e os mecanismos de ação nele contemplados não ofereçam a garantia suficiente no combate aos diversos tipos de riscos, é também alvo de Relatórios Anuais de Execução nos termos do n.º 13 do artigo 19.º do ANEXO II do Decreto-Lei 18/2017, de 10 de Fevereiro e do Artigo 46.º do RJSPE, depois de aprovados pelo CA foram disponibilizados para divulgação na internet e intranet do CHLO e submetidos:

- ✓ Ao Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC);
- ✓ Aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

O Relatório Anual de Execução do PGRIC reveste especial importância na aferição da execução das medidas de melhoria (preventivas/corretivas) face aos riscos constantes no Plano, tendo em consideração os prazos definidos, bem como o seu sucesso na mitigação ou supressão dos riscos correspondentes.

Para o feito, o SAI procede à recolha de informação atualizada de cada serviço. Os resultados dos testes permitem ao SAI propor um conjunto de recomendações no sentido de melhorar o PGRIC. Apesar de esta ação ser realizada numa base anual, a vigilância e prevenção deve ser considerada permanente, permitindo a intervenção do SAI a qualquer momento, face a acontecimentos que assim o exijam.

O CHLO dispõe do Departamento da Qualidade como instrumento de monitorização e possível gestão de desvios indesejáveis à operacionalização esperada. É um órgão transversal ao CHLO, envolvendo no seu organograma uma área clínica congregando na sua composição colaboradores da área médica e de enfermagem, bem como das áreas de apoio clínico, e uma área não clínica identificando os serviços de suporte e dos quais se espera um representante de cada serviço a este núcleo.

O Departamento envolve as questões da Qualidade e do Risco inerentes à operacionalização da atividade nobre do Centro hospitalar – o cuidado ao doente. Por isso o enfoque reside nos profissionais envolvidos na área clínica, mas também todos os outros que devem oferecer o suporte estrutural em termos físicos e organizacionais que garantam condições mínimas de adequação ao exercício do cuidado ao doente.

Como suporte da sua ação o CHLO dispõe da utilização da plataforma de registo de incidentes da "Patient Safety Company", representada em Portugal pela empresa Antares, acessível a qualquer profissional que aí pode registar incidentes configurando problemas de qualidade e quaisquer erros por si detetados de modo a que a partir do Departamento possa ser efetuada a sua análise e avaliação (matriz fish bone), procurando-se o seu tratamento e implementação de medidas preventivas segundo a metodologia de gestão de risco.

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

Sendo um instrumento de gestão a nível interno, o CHLO considera o PGRIC fundamental que reveste um caráter dinâmico, em constante aperfeiçoamento, e que resulta de uma monitorização e avaliação da experiência adquirida em simultâneo com novas situações que surjam dentro da organização e sua ligação com o exterior.

Para que o Plano venha a ser, na prática, profícuo e mais eficiente, é exigível a nível interno a participação global de todos os colaboradores para a melhoria na eficácia dos processos, e fomento de maior eficiência no debate e na divulgação dos princípios éticos e de boa gestão dentro da organização. A construção de uma Cultura de Boas Práticas, global e generalizada, com base em alertas e campanhas de sensibilização, vem solidificar a implementação e execução do PGRIC. Adicionalmente, em obediência aos princípios da Transparência e Conformidade, todo o processo de divulgação de informação financeira é reportado, acompanhado e validado por entidades externas, nomeadamente, o Tribunal de Contas, a IGF, a DGTF e a ACSS.

Saliente-se que, com a entrada em vigor do Decreto-Lei 244/2012, de 9 de novembro e Decreto-Lei 18/2017, de 10 de fevereiro, foram criadas condições para revalorizar a atividade de fiscalização, ajustando o perfil de recrutamento do Fiscal Único e do Conselho Fiscal, respetivamente, ao mesmo tempo que se reforçou o princípio da segregação entre a administração e a fiscalização da entidade no modelo de organização vigente.

A função de fiscalização assegurada no passado pelo Fiscal Único, enquanto órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do CHLO, EPE, assegurava especificamente a verificação da 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.

De acordo com o mencionado na Secção II do Anexo II, ponto 1 do artigo 15º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro " Nas E.P.E., abrangidas pelo regime constante na Lei nº 148/2015, de 9 de setembro a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial é exercida

Handwritten signatures and initials in blue ink.

por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas ou por uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários”.

Atualmente, o CHLO, EPE, tem Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas nomeados pelo despacho 12171/2021, de 16 de dezembro, proferidos pelos Senhores Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, cujas competências estão mencionadas no Anexo II, nos artigos 16º e 17º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

C. Regulamentos e Códigos

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

O CHLO é um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial.

O CHLO rege-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades constantes do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, e seus anexos I e II http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/centro_hospitalar/Decreto-Lei_18_2017_Estatutos.pdf pelas normas em vigor para o SNS que os não contrariem e pelo seu Regulamento Interno (http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/centro_hospitalar/Regulamento1.pdf) e (http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/Adaptacao_RI_04032016.pdf), homologado pelo Ministério da Saúde.

Realça-se a aprovação do Regulamento Interno homologado pela Sra. Ministra da Saúde em 17 de Janeiro de 2022. O Regulamento Interno aprovado adota uma estrutura descentralizada da gestão interna particularmente nas áreas clínica, promovendo sinergias e otimização de recursos e atualiza e adapta as áreas de apoio clínico e técnico e inova autonomizando e dando particular relevo à área de conhecimento. https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/centro_hospitalar/RegInterno_CHLO_17012022.pdf

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. Menção relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor sobre medidas vigentes tendo em vista garantir um tratamento equitativo junto dos seus clientes e fornecedores e demais titulares de interesses legítimos, designadamente colaboradores da empresa, ou outros credores que não fornecedores ou, de um modo geral, qualquer empresa que estabeleça alguma relação jurídica com a empresa (vide artigo 47.º do RJSPE).

cmf
N2615
mu
d.

O Código de Ética no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental foi aprovado em 01 de Junho de 2016 e corresponde, não só ao cumprimento dos dispositivos legais aplicáveis, designadamente a Resolução de Conselho de Ministro 49/2007, mas também a um instrumento que visa a realização dos objetivos e da missão da instituição.

Este Código estabelece um conjunto de princípios de orientação da atividade hospitalar e de regras de natureza ética e deontológica destinadas a orientar os colaboradores do CHLO no desempenho das suas funções, de modo a que as possam exercer com elevados padrões de qualidade e em linha com os objetivos e missão do CHLO na prestação de cuidados de saúde.

A Comissão de Ética zela pela observância de padrões de ética no exercício das ciências médicas, por forma a proteger e garantir a dignidade e integridade humanas, procedendo à análise e reflexão sobre temas da prática médica que envolvam questões de ética.

Neste sentido, conforme n.º 1 do Art.º 6º do Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de maio, compete à Comissão de Ética:

- a) Zelar, no âmbito do funcionamento da instituição ou serviço de saúde respetivo, pela salvaguarda da dignidade e integridade humanas;
- b) Emitir, por sua iniciativa ou por solicitação, pareceres sobre questões éticas no domínio das atividades da instituição ou serviço de saúde respetivo;
- c) Pronunciar-se sobre os protocolos de investigação científica, nomeadamente os que se refiram a ensaios de diagnóstico ou terapêutica e técnicas experimentais que envolvem seres humanos e seus produtos biológicos, celebrados no âmbito da instituição ou serviço de saúde respetivo;
- d) Pronunciar-se sobre os pedidos de autorização para a realização de ensaios clínicos da instituição ou serviço de saúde respetivo e fiscalizar a sua execução, em especial no que respeita aos aspetos éticos e à segurança e integridade dos sujeitos do ensaio clínico;
- e) Pronunciar-se sobre a suspensão ou revogação da autorização para a realização de ensaios clínicos na instituição ou serviço de saúde respetivo;
- f) Reconhecer a qualificação científica adequada para a realização de ensaios clínicos, relativamente aos médicos da instituição ou serviço de saúde respetivo;
- g) Promover a divulgação dos princípios gerais da bioética pelos meios julgados adequados, designadamente através de estudos, pareceres ou outros documentos, no âmbito dos profissionais de saúde da instituição ou serviço de saúde respetivo.

No exercício das suas competências, a Comissão de Ética pondera, em particular, o estabelecido na lei, nos códigos deontológicos e nas declarações diretrizes internacionais existentes sobre as matérias a apreciar.

O Código de Ética está devidamente publicado e divulgado junto dos colaboradores, clientes e fornecedores no sítio da intranet (http://intranet/organizacao/informacao_de_gestao/Codigo%20de%20etica%20%20CHLO/CodigoCondutoEtica.pdf) e internet do CHLO (<http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/CodigoCondutaEtica.pdf>).

Handwritten signatures and initials in blue ink.

De acordo com os Pontos 5. e 7. do referido código, “todos os profissionais do CHLO, EPE devem pautar o seu relacionamento com o cidadão por critérios de respeito e cortesia. Neste sentido, devem:

- a) Atuar de modo a assegurar o exercício dos direitos dos cidadãos e o cumprimento dos seus deveres, de forma célere e eficaz;
- b) Pautar a sua conduta por critérios de transparência, abertura e respeito no trato social;
- c) Prestar informações e esclarecimentos quando solicitados, bem como diligenciar o encaminhamento para os serviços competentes;
- d) Esclarecer o cidadão dos seus direitos e deveres assegurando-se que este compreende a informação que lhe é prestada;
- e) Assegurar que ao utente de serviços é garantido o direito de participação e autonomia de decisão.

No que se refere às relações externas, mais concretamente com os seus fornecedores, o CHLO, EPE respeita os princípios da contratação pública, nomeadamente os princípios da igualdade, isenção, transparência e concorrência na seleção dos fornecedores, conforme previsto na Lei aplicável.

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), com a data da última atualização, assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação. Indicação relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor, relativas à prevenção da corrupção e sobre a elaboração do Relatório Identificativo das Ocorrências, ou Risco de Ocorrências (vide alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro). Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontra publicitado o respetivo Relatório Anual de Execução do PGRIC (vide artigo 46.º do RJSPE).

O CHLO, E.P.E. dispõe de um PGRIC desde 2014, aprovado pelo CA em 30 julho de 2014, tendo em consideração as recomendações do CPC e a realidade do CHLO foram efetuadas duas revisões do referido plano, tendo sido aprovadas pelo CA do CHLO em 02 de dezembro de 2015 e 15 de dezembro de 2021. Esta revisão consistiu no acrescento de novos riscos, respetivos níveis de Probabilidade de Ocorrência e Escala de Risco dos serviços em controlo, de acordo com a FERMA - FEDERATION OF EUROPEAN RISK MANAGEMENT ASSOCIATIONS “A Risk Management Standard” com o objetivo de o tornar o mais abrangente/consistente, eficaz e eficiente (mitigação do riscos).

O PGRIC obedece às Recomendações do CPC (Lei n.º 24/2008, de 4 de setembro) emitidas à data da sua atualização, nomeadamente as seguintes:

- a. Recomendação n.º 1 de 1 de julho de 2009, nos termos da qual “os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza, devem elaborar planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas.

CMV
Albino
J
J.

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

O CHLO considera o PGRIC um instrumento fundamental para a gestão. Este deve ser entendido como dinâmico, sujeito a um aperfeiçoamento contínuo, resultante da sua monitorização/avaliação, através da experiência que vai sendo adquirida, da consideração de novas situações que vão surgindo no seio da organização (CHLO) e da sua interligação com o exterior. Para que o Plano seja cada vez mais profícuo, exige-se uma participação global de todos os serviços nesse sentido. Para que essa participação seja mais eficaz e eficiente deve, no seio da organização, existir a preocupação constante de fomentar o debate e a divulgação dos princípios éticos e de boa gestão, bem como alertar e sensibilizar para uma cultura de boas práticas de modo a possibilitar a existência de um sistema de controlo interno mais adequado.

O Relatório Anual da Execução do PGRIC do ano de 2021 ainda não foi elaborado. Aquando da sua conclusão será publicado no Portal do SNS e no site (Intranet e Internet) do CHLO, E.P.E.

D. Deveres especiais de informação

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

- a) **Prestação de garantias financeiras ou assunção de dívidas ou passivos de outras empresas, mesmo nos casos em que assumam organização de grupo;**

Não existem

Sm Y.
Alb666
mu
G.

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

ARSLVT: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

ACSS: Serviços On-line – Unidade de Organização e Gestão Financeira (UOGF)

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

ARSLVT: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

d) Orçamento anual e plurianual;

ARSLVT: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

e) Documentos anuais de prestação de contas;

ARSLVT: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

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

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

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

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

E. Sítio na Internet

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

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

<http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/contactos>

<http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/contactos/hospital-de-egas-moniz>

<http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/contactos/hospital-de-sao-francisco-xavier-2>

https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/CPermanente_CHLO_09082021.pdf

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

<https://www.chlo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/legislacao>

<https://www.chlo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/orgaos-de-gestao/comissoes>

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

https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/RelatorioGestaoContas2021.pdf

- d) Documentos de prestação de contas anuais e, caso aplicável, semestrais;

https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/RelatorioGestaoContas2021.pdf

[saude.pt/images/documents/informacao_gestao/RelatorioGestaoContas2021.pdf](https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/RelatorioGestaoContas2021.pdf)

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

[https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/11/TR-](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/11/TR-Contratualizacao_2021_VHom.pdf)

[Contratualizacao_2021_VHom.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/11/TR-Contratualizacao_2021_VHom.pdf)

[https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/centro_hospitalar/CHLO_AcordoModificativo_2021_2.p](https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/centro_hospitalar/CHLO_AcordoModificativo_2021_2.pdf)

[df](https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/centro_hospitalar/CHLO_AcordoModificativo_2021_2.pdf)

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

https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/centro_hospitalar/CHLO_EsforcoFinanceiro2021.pdf

[saude.pt/images/documents/centro_hospitalar/CHLO_EsforcoFinanceiro2021.pdf](https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/centro_hospitalar/CHLO_EsforcoFinanceiro2021.pdf)

F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral

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

- Acordo Modificativo ao Contrato Programa 2021 celebrado entre a ARSLVT (Administração Regional de Saúde de Lisboa) e o CHLO, EPE (Centro Hospital de Lisboa Ocidental, EPE) em 08 de Janeiro de 2021;
- Adenda ao Acordo Modificativo 2021 celebrado entre a ARSLVT (Administração Regional de Saúde de Lisboa) e o CHLO, EPE (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE), datada de 23 de Fevereiro de 2022.

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 (vide n.ºs 1, 2 e 4 do artigo 48.º do RJSPE), das quais deverão constar os seguintes elementos:

- a) Associação de metas quantitativas a custos permanentemente auditáveis;
- b) Modelo de financiamento, prevendo penalizações em caso de incumprimento;
- c) Critérios de avaliação e revisão contratuais;
- d) Parâmetros destinados a garantir níveis adequados de satisfação dos utentes;
- e) Compatibilidade com o esforço financeiro do Estado, tal como resulta das afetações de verbas constantes do Orçamento do Estado em cada exercício;
- f) Metodologias adotadas tendo em vista a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado e do grau de satisfação dos clientes ou dos utentes.

Em conformidade com o estabelecido anualmente, o CHLO, com base nas indicações da tutela, nomeadamente do Departamento da Contratualização da ARSLVT e orientações da ACSS, elabora o Plano Estratégico, onde constam peças fundamentais do Movimento Assistencial, contemplando as metas quantitativas de produção, Recursos Humanos e Demonstrações Financeiras previsionais. A partir deste documento é celebrado o Acordo Modificativo que define os objetivos do Contrato Programa, designadamente objetivos do Plano de Atividades do CHLO no âmbito da Prestação de Serviços e Cuidados de Saúde.

Handwritten signature and initials

	Contratualização					
	Estimado 2020		Previsto 2021		Previsto 2022	
	Produção Total	Produção SNS	Produção Total	Produção SNS	Produção Total	Produção SNS
Consultas Externas						
Nº Total Consultas Médicas	413 206	396 492	428 126	411 645	457 057	440 518
Primeiras Consultas	94 558	92 679	99 273	97 510	110 423	108 587
Primeiras Consultas com origem nos CSP referenciadas via CTH	28 642	28 642	32 079	32 079	33 442	33 442
Primeiras Consultas Telemedicina em tempo real	182	182	241	241	280	280
Primeiras Consultas de Saúde Mental na Comunidade	774	756	832	813	957	935
Primeiras Consultas Centros Ref.	6 334	6 188	3 497	3 417	554	541
Primeiras Consultas CRI	0	0	6 185	6 185	12 770	12 770
Primeiras Consultas Descentralizadas nos CSP	78	78	82	82	91	91
Primeiras Consultas Cuidados Paliativos	147	147	154	154	169	169
Primeiras Consultas (sem majoração de preço)	58 401	56 686	56 203	54 539	62 160	60 359
Consultas Subsequentes	318 648	303 813	328 853	314 135	346 634	331 931
Consultas Subsequentes de Saúde Mental na Comunidade	13 241	13 055	13 241	13 055	13 241	13 055
Consultas Subsequentes Centros Ref.	13 409	13 222	10 589	10 441	7 539	7 434
Consultas Subsequentes CRI	0	0	18 524	18 524	37 358	37 358
Consultas Subsequentes Descentralizadas nos CSP	163	162	168	167	177	176
Consultas Subsequentes Cuidados Paliativos	261	261	274	274	301	301
Consultas Subsequentes (sem majoração de preço)	291 574	277 113	286 057	271 674	288 018	273 607
Internamento						
Doentes Saídos - Agudos	20 039	19 835	21 104	20 891	24 318	24 077
D. Saídos - GDH Médicos (Total)	11432	11372	12136	12072	14155	14081
GDH Médicos	11264	11207	11567	11508	13040	12974
GDH Médicos Int. Centros Ref.	149	146	149	146	149	146
GDH Médicos Int. CRI	0	0	382	380	890	885
GDH Médicos Int. Cuidados Paliativos	19	19	38	38	76	76
GDH Cirúrgicos						
D. Saídos - GDH Cirúrgicos Programados (Total)	4833	4798	5047	5011	5708	5669
GDH Cirúrgicos Programados	4479	4459	3954	3936	3615	3599
GDH Cirúrgicos Int. Centros Ref.	354	339	354	339	354	339
GDH Cirúrgicos Int. CRI	0	0	739	736	1739	1731
D. Saídos - GDH Cirúrgicos Urg (Total)	3774	3665	3921	3808	4455	4327
GDH Cirúrgicos - Urgentes	3558	3459	3365	3272	3449	3353
GDH Cirúrgicos Urgentes Centros Ref.	216	206	216	206	216	206
GDH Cirúrgicos Urgentes CRI	0	0	340	330	790	768
Doentes Tratados Residentes/Crónicos						
Psiquiatria-No Exterior (Ordens Religiosas)	36	36	36	36	36	36
Doentes Crónicos Ventilados	3	3	1	1	1	1
Dias de Internamento Doentes Residentes/Crónicos						
Psiquiatria-No Exterior (Ordens Religiosas)	1 404	1 404	1 404	1 404	1 404	1 404
Doentes Crónicos Ventilados	0	0	365	365	365	365

14/6/2025
me
d.

	Contratualização					
	Estimado 2020		Previsto 2021		Previsto 2022	
	Produção Total	Produção SNS	Produção Total	Produção SNS	Produção Total	Produção SNS
Urgência						
Total de Atendimentos	113590	109047	130628	125403	156753	150483
Total de Atendimentos SU Polivalente	113590	109047	130628	125403	156753	150483
N.º de Atendimentos (sem Internamento)	104909	101343	120645	116544	144774	139852
Total Atendimentos SU Polivalente	104909	101343	120645	116544	144774	139852
Hospital de Dia						
Imuno-hemoterapia	2 332	2 330	2 390	2 388	2 510	2 507
Psiquiatria (Adultos e Infância e Adolescência)	4 596	4 596	4 902	4 902	5 427	5 427
Base (Pediatria+Pneumologia+Oncologia s/ Químio+Outros)	10 847	10 764	11 400	11 313	12 570	12 474
Serviços Domiciliários						
Total de Domicílios	294	294	294	294	294	294
Hospitalização Domiciliária	96	93	280	280	425	425
GDH Ambulatório						
GDH Médicos de Ambulatório (Total)	9 550	9 512	10 002	9 963	10 965	10 923
GDH Médicos	9 550	9 512	9 633	9 594	10 079	10 037
GDH Médicos Amb. CRI	0	0	369	369	886	886
GDH Cirúrgicos de Ambulatório (Total)	5 852	5 774	7 023	6 931	8 218	8 113
GDH Cirúrgicos	5 852	5 774	6 850	6 759	7 805	7 700
GDH Cirúrgicos Amb. CRI	0	0	172	172	413	413
Doentes em Tratamento de Diálise Peritoneal	74		74		74	
Colocação de Implantes Cocleares	45	45	54	54	64	64
Implante coclear unilateral	44	44	51	51	61	61
Implante coclear bilateral	1	1	3	3	3	3
VIH/Sida - Total de Doentes Equivalente/Ano	2 696	2 696	2 328	2 328	2 328	2 328
VIH/Sida - N.º Doentes em TARC (1º e 2º Linha)	134	134	115	115	115	115
VIH/Sida - Doentes Transitados TARC (1º e 2º Linha)	2 562	2 562	2213	2213	2 213	2 213
IG até 10 Semanas						
IG até 10 semanas - N.º IG Medicamentosa em Amb.	2	2	2	2	2	2
IG até 10 semanas - N.º IG Cirúrgica em Amb.	372	372	372	372	372	372
Esclerose Múltipla - Total de Doentes Equivalente/Ano	266	262	266	266	266	266
N.º Doentes em Tratamento - EDSS <= 3,5 até um surto por ano	214	214	226	226	226	226
N.º Doentes em Tratamento - 4 <= EDSS <= 6,5	47	47	39	39	39	39
N.º Doentes em Tratamento - 7 <= EDSS <= 8	1	1	1	1	1	1

Amr.
Alb.
J.

	Contratualização					
	Estimado 2020		Previsto 2021		Previsto 2022	
	Produção Total	Produção SNS	Produção Total	Produção SNS	Produção Total	Produção SNS
Hepatite C						
N.º Doentes Tratados (indivíduos)	151	151	72	72	182	182
Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Tratamento	278	278	278	278	278	278
Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Tratamento - 1.º ano	69	69	69	69	69	69
Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Tratamento - 2.º ano	209	209	209	209	209	209
Rastreios - N.º de Rastreios						
Rastreio do Cancro do Colo do Útero	3 678	3 678	0	0	0	0
Rastreio do Cancro do Cólon e Reto	43	43	130	130	156	156
Telemonitorização DPOC						
Elementos de Telemonitorização DPOC	4	4	30	30	30	30
N.º Doentes em Tratamento DPOC (doente equivalente/ano)	3	3	10	10	10	10
Telemonitorização status pós Enfarte Agudo do Miocárdio						
Elementos de Telemonitorização EAM	0	0	20	20	20	20
N.º Doentes em Tratamento EAM (doente equivalente/ano)	6	6	11	11	31	31
Telemonitorização status da Insuficiência Cardíaca Crónica						
Elementos de Telemonitorização ICC	10	10	20	20	20	20
N.º Doentes em Tratamento ICC (doente equivalente/ano)	25	25	21	21	31	31
PSCI (Centros de Tratamento Autorizados pela DGS)						
Doentes novos (Cuidados 1.º ano) (doente equivalente/ano)	1	1	3	3	3	3
Doentes em Seguimento (Cuidados 2.º ano e seguintes) (doente equivalente/ano)	30	30	32	32	32	32
Doenças Lisossomais Doentes de CTP quando acompanhados em CTP						
Doença de Fabry - N.º Doentes em Tratamento CTP	1	1	1	1	1	1
Doença de Pompe - N.º Doentes em Tratamento CTP	1	1	1	1	1	1
Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO)						
N.º Doentes com Pré-Avaliação e Cirurgia Bariátrica - Cirurgia de Bypass Gástrica	13	13	20	20	30	30
Cirurgia de Bypass Gástrica - 1.º ano de follow-up	54	54	57	57	63	63
PTCO - Outras Técnicas						
PTCO - Outras Técnicas Modelo 1 - 2.º ano de follow-up	0	0	58	58	58	58
PTCO - Outras Técnicas Modelo 1 - 3.º ano de follow-up	0	0	58	58	58	58
PTCO - Outras Técnicas Modelo 2	20	20	25	25	32	32
Perturbações Mentais Graves						
Psicoses esquizofrénicas (Doente Eq. Ano)	58	58	58	58	58	58
Psicoses afetivas (Doente Eq. Ano)	36	36	36	36	36	36
Psicoses não orgânicas (Doente Eq. Ano)	11	11	11	11	11	11
Medicamentos						
Disp. Gratuita em Ambul. c/ suporte legal e da responsabilidade financeira do Hospital (patologias abrangidas pelo contrato-programa)	5 457 492	3 841 739	10622278,59	6504441,00	5 683 376	4 000 748
Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos no SNS						
Programa de Incentivo à Integração de Cuidados	0	0	28225,00	28225,00	0	0
Sistema de Apoio de Ajudas Técnicas (SAPA)						
Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio	104 705	104 705	136117,00	136117,00	163 340	163 340

CM.
N.V.
Alto-ls
mu
d.

VII. Remunerações

A. Competência para a Determinação

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

O Dec. Lei n.º 18/2017, de 10 de Fevereiro determina a remuneração dos membros do Conselho de Administração, Conselho Fiscal e ROC atendendo ao grau de complexidade e exigência inerente ao exercício do respetivo cargo, tendo em conta os critérios de classificação de hospital EPE, fixados na Resolução do Conselho de Ministros a que se refere o n.º 4 do Artigo 28.º do estatuto do Gestor Público.

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 empresa, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas (vide artigo 51.º do RJSPE).*

Nenhum elemento do Órgão de Gestão usufrui de cartões de crédito ou outro Instrumento de pagamento para a realização de despesas ao serviço da empresa, ou de reembolso de quaisquer despesas que caiam no âmbito do conceito de despesas de representação pessoal.

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

Ver anexo.

B. Comissão de Fixação de Remunerações

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

Os estatutos do CHLO não preveem a constituição de uma Comissão de Fixação de Remunerações.

C. Estrutura das Remunerações

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

Nos termos do n.º 1 do artigo 13º dos Estatutos do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE, constante no Anexo 2 ao Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de Fevereiro, aos membros do Conselho de Administração aplica-se o estatuto do Gestor Público.

A política de remuneração do Órgão de Fiscalização obedece ao estabelecido no Despacho Conjunto Finanças e Saúde, datado de 23 e 28/11/2017. A sua remuneração foi fixada no próprio

Comp.

despacho de nomeação, não auferindo os elementos deste órgão qualquer outro tipo de benefícios proporcionados pelo CHLO.

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

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

Conselho de Administração:

Presidente

Dra. Rita Perez Fernandez da Silva

Remuneração base 5.255,73 euros, 14 vezes no ano.

Despesas de representação de 1.663,60 euros, 12 vezes no ano.

Vogais Executivos

Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira

Remuneração base 3.903,14 euros, 14 vezes no ano.

Despesas de representação de 1.556,59 euros, 12 vezes no ano.

Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre

Remuneração base 3.903,14 euros, 14 vezes por ano.

Despesas de representação de 1.556,59 euros, 12 vezes por ano.

Dr. José Manuel Fernandes Correia

Remuneração base 4.545,50 euros, 9 vezes no ano, 4.971,63 euros, 5 vezes no ano.

Despesas de representação de 1.330,88 euros, 12 vezes no ano.

Enfª Maria Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos

Remuneração base 3.903,14 euros, 14 vezes por ano.

Despesas de representação de 1.556,59 euros, 12 vezes por ano.

Conselho Fiscal

Presidente

Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida

Remuneração base 1.366,10 euros, 14 vezes no ano.

Vogais Efetivos

Dra. Carla Maria Lamego Ribeiro

Remuneração base 1.024,58 euros, 14 vezes no ano.

Dra. Tânia Isabel Branco de Jesus

Remuneração base 1.024,58 euros, 14 vezes no ano.

CMR

[Handwritten signatures and initials]

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

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

Não existe

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

Não existe

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 existe

D. Divulgação das Remunerações

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

Membro do CA	EGP			
	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)	
	[S/N]	[A/B/C]	Vencimento mensal	Despesas Representação
Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	N	B	5 255,73	1 663,60
Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	S	B	3 903,14	1 556,59
Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre	S	B	3 903,14	1 556,59
Dr. José Manuel Fernandes Correia	N	B	4 545,50	1 330,88
Enf.ª Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos	S	B	3 903,14	1 556,59

CMY.
Handwritten signature and initials.

Membro do CA	Remuneração Anual (€)				
	Fixa (1)	Variável (2)	Valor Bruto (3) = (1)+(2)	Reduções Remuneratórias (4)	Valor Bruto Final (5) = (3)-(4)
Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	93 543,42		93 543,42		93 543,42
Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	73 323,04		73 323,04		73 323,04
Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre	73 323,04		73 323,04		73 323,04
Dr. José Manuel Fernandes Correia	83 799,77		83 799,77		83 799,77
Enf.ª Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos	73 323,04		73 323,04		73 323,04
			397 312,31		397 312,31

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

(2) Prémios de Gestão.

(4) Redução prevista no artigo 12.º da Lei n.º 12-A/2010, de 30 de junho.

Membro do CA	Benefícios Sociais (€)						
	Subsídio de Refeição		Regime de Proteção Social		Encargo Anual Seguro de Saúde	Encargo Anual Seguro de Vida	Outros
	Valor / Dia	Montante pago - Ano	Identificar	Encargo Anual			Identificar Valor
Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	4,77	1 120,95	ADSE/CGA	13 249,12			
Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	4,77	1 159,11	Seg Social	8 305,22			
Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre	4,77	1 001,70	ADSE/CGA	9 755,39			
Dr. José Manuel Fernandes Correia	4,77	1 016,01	ADSE/CGA	11 929,74			
Enf.ª Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos	4,77	1 087,56	ADSE/CGA	9 107,39			
Total		5385,33		52345,86	0	0	0

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

Não existe

3. Indicação da remuneração paga sob a forma de participação nos lucros e/ou de pagamento de prémios e explanação dos motivos por que tais prémios e/ou participação nos lucros foram concedidos.

Não existe

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

Não existe

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

Nome	Remuneração Anual (€)		
	Bruto (1)	Reduções Remuneratórias (2)	Valor Final (3) = (1)-(2)
Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida	19 125,40		19 125,40
Dra. Carla Maria Lamego Ribeiro	14 344,12		14 344,12
Dra. Tânia Isabel Branco de Jesus	14 344,12		14 344,12
Dr. Rui Miguel Marques Neves Pinho Bandeira			0,00
			47 813,64

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

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

Não existe

VIII. Transações com partes Relacionadas e Outras

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

Não foram efetuadas transações com partes relacionadas. No entanto, o CHLO sujeita-se, na celebração de quaisquer contratos de aquisição de bens, obras e serviços, mas também concessões (de obras e serviços públicos), ao regime procedimental previsto na parte II do Código dos Contratos Públicos (CCP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, na sua redação atual.

Dito de outro modo, todo e qualquer contrato que envolva prestações típicas daqueles contratos (e só destes; cfr. artigo 6.º, n.º 2, do CCP) que seja celebrado pelo Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. é sempre precedido por um dos procedimentos legalmente tipificados naquele diploma legal, sendo aferido caso a caso, de acordo com o critério geral de escolha do procedimento (artigos 17.º, 18.º, 19.º e 20.º, todos do CPP) e com os critérios materiais (cfr. artigos 24.º e ss.), qual o procedimento em concreto aplicável.

Por sua vez, à celebração dos contratos que não envolvam prestações dos acima mencionados não é aplicável o CCP, sendo aos mesmos aplicáveis o direito privado, sem prejuízo do cumprimento dos princípios gerais da atividade administrativa, mesmo nesses casos, e das normas constantes do Código do Procedimento Administrativo que concretizam preceitos constitucionais.

2. Informação sobre outras transações:

a) Identificação dos procedimentos adotados em matéria de aquisição de bens e serviços;

Nos termos do artigo 1.º, n.º 2, alínea a) do Decreto-Lei n.º 233/2005, o CHLO é uma pessoa coletiva pública de natureza empresarial, cuja atividade, apesar de comungar de diversos traços de regime de Direito Público, é maioritariamente regida pelo Direito Privado, cfr. artigo 14.º do Novo Regime do Sector Empresarial do Estado, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro.

Um dos traços mais marcantes do referido carácter jurídico-público é a sujeição da celebração de quaisquer contratos de aquisição de bens, obras e serviços, mas também concessões (de obras e serviços públicos), ao regime procedimental previsto na parte II do Código dos Contratos Públicos (CCP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, na sua redação atual. Dito de outro modo, todo e qualquer contrato que envolva prestações típicas daqueles contratos -e que seja celebrado pelo Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. é sempre precedido por um dos procedimentos legalmente tipificados naquele diploma legal, sendo aferido caso a caso, de acordo

22
01/06/15
mu
d

com o critério geral de escolha do procedimento (artigos 17.º, 18.º, 19.º e 20.º, todos do -CCP) e com os critérios materiais (cfr. artigos 24.º e ss.), qual o procedimento em concreto aplicável.

Por sua vez, à celebração dos contratos que não envolvam prestações acima mencionados não é aplicável o CCP, sendo aos mesmos aplicáveis o direito privado, sem prejuízo do cumprimento dos princípios gerais da atividade administrativa e das normas constantes do Código do Procedimento Administrativo que concretizam preceitos constitucionais.

No caso específico da aquisição de medicamentos e de material de consumo clínico, as aquisições que são efetuadas ao abrigo dos Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA) na área da Saúde, mediante convite à apresentação de proposta dirigido apenas aos operadores económicos que sejam partes naqueles CPA, de acordo com o procedimento pré-contratual previsto no artigo 259.º do CCP. Destacam-se ainda as aquisições centralizadas promovidas pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS, EPE), nos termos do Despacho n.º 1571-B/2016, publicado no Diário da República, 2ª Série, n.º 21, 1 de fevereiro de 2016, sendo que a maioria dos medicamentos adquiridos pelo CHLO são objeto das aquisições centralizadas promovidas pela SPMS, EPE a agregação centralizada destes bens, tem também como objetivo a redução de encargos financeiros promovendo a economia de escala e também a standartização a nível nacional do preço dos medicamentos que representam maior encargo para o Serviço Nacional de Saúde.

Adicionalmente, no dia 13 de Março de 2020 entrou em vigor o Decreto-Lei n.º 10-A/2020, atendendo à emergência de saúde pública de âmbito internacional, declarada pela Organização Mundial de Saúde, no dia 30 de janeiro de 2020 foram previstas normas de contingência para a epidemia SARS-CoV-2, para assegurar o tratamento da doença COVID-19 no Serviço Nacional de Saúde (SNS), através de um regime legal adequado a esta realidade excecional, em especial no que respeita a matéria de contratação pública.

Assim, o artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 10-A/2020 faz uma remissão para o procedimento de ajuste direto do artigo 24.º/1/c), sendo que se aplicam as regras deste procedimento com as seguintes particularidades:

- I. A inaplicabilidade a estes procedimentos das limitações dos nºs 2 a 5 do artigo 113.º CCP (cfr. n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 10-A/2020);
- II. A inaplicabilidade a estes procedimentos das limitações do artigo 27.º-A do CCP (cfr. n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 10-A/2020);
- III. A possibilidade de os contratos poderem produzir todos os seus efeitos logo após a adjudicação, sem prejuízo da respetiva publicitação no portal dos contratos públicos (cfr. n.º 5 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 10-A/2020);

IV. A possibilidade de efetuar adiantamento do preço contratual, sem sujeição às limitações legais (cfr. n.º 6 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 10-A/2020);

V. Dispensa de autorização prévia da exceção para a aquisição centralizada de bens ou serviços abrangidos por um acordo-quadro para as entidades abrangidas pelo Sistema Nacional de Compras Públicas (cfr. n.º 7 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 10-A/2020);

VI. Dispensa de apresentação de documentos de habilitação e de exigibilidade de caução (cfr. n.ºs 9 e 10 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 10-A/2020).

A situação excecional e a proliferação de casos registados de contágio de COVID-19 exigiram a aplicação destas contratações extraordinárias e de caráter urgente.

Foi considerado prioritário a aquisição dos equipamentos, bens e serviços necessários à avaliação de casos suspeitos e ao tratamento de sintomas e complicações associadas ao COVID-19, e, ainda, a tomada de outras medidas consideradas urgentes e imprescindíveis, neste contexto foram adotados os mecanismos processuais que permitiram assegurar a disponibilidade de produtos essenciais num quadro de uma generalizada e acrescida procura a nível mundial destes produtos num contexto de diminuição de produção e de constrangimentos à circulação dos bens.

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

Não existem.

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

FORNECEDORES QUE REPRESENTAM MAIS DE 5% DOS F.S.E.

	(euros) 2021
SUCH-SERV UTILIZ COMUM HOSPITAIS	11 812 783
PREZERO PORTUGAL, S.A.	5 412 075

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

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

Esta informação consta do ponto II.2. anterior.

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

Esta informação consta do ponto II.2. anterior.

Amr
Nobis
J.

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

A política de responsabilidade social, subjacente na missão, visão e valores da organização, assenta em princípios que promovem a:

- Igualdade de direitos e oportunidades
- Uma atuação ética assente no respeito pelo indivíduo
- À adequada aplicação da lei e respeito pelos seus representantes
- À confiança e rigor nas relações empresariais, sejam entre pares ou entre terceiros

Destaque para:

- Os vários programas com o foco na promoção da saúde, em especial para os doentes crónicos, o investimento nos programas de voluntariado para apoio diário aos doentes de ambatório e internamento, a promoção da arte como elemento positivo para a cura ou, no mínimo, para o alívio de fatores de stress do doente e, não menos importante, a promoção de uma alimentação saudável com repercussão direta nos menus disponibilizados diariamente nos refeitórios e cafetarias do CHLO;

- Os desenvolvimentos e investimento que tem sido efetuados no sentido de se promoverem e divulgarem os meios eletrónicos que facilitam um contacto mais rápido, fácil e rastreável dos doentes com a instituição. São disso exemplo:

- A app MyCHLO - permite também a interação direta do utente com o Centro Hospitalar, seja para a desmarcação de consultas e/ou na resposta a inquéritos de satisfação - assim como o simples envio de SMS's a informar os utentes das suas consultas/alterações para os utentes que não utilização a referida aplicação continuam a registar um sucesso que supera o do ano de lançamento;

- O sistema de atendimento automático a utentes, com quiosques e monitores que permitem o registo na admissão e a visualização de informação nas áreas de consultas externas;

- Automatização, em larga escala, da emissão de documentos eletrónicos, e respetiva assinatura também eletrónica, com o conseqüente abandono do documento físico, ao nível da emissão de Termos de Responsabilidade, por exemplo, - assunção, por parte do CHLO de pagamento de prestação de serviços de radiologia - com a conseqüente redução dos tempos de espera e de deslocação do utente ao hospital para levantamento dos referidos documentos;

- Outras medidas tomadas no âmbito da informatização clínica incluindo a prescrição eletrónica, a desmaterialização da informação dos processos clínicos, certificação do óbito, bem como de outras particulares de carácter mais limitado a serviços específicos, onde foram introduzidas novas aplicações/novas versões ao nível dos seus softwares para permitir melhores índices de operacionalidade/comunicação com os utentes.

A um outro nível, interno, é de destacar a dimensão humana e o respeito pelas pessoas na estratégia e políticas de gestão de recursos humanos concomitantemente com a valorização, o emprego e a

AmV.
2/2
Albino
mu
d.

progressão na carreira estimulando a aquisição de competências através da formação contínua e da aprendizagem ao longo da vida, criando condições de trabalho motivadoras que favoreçam a excelência e o mérito, garantindo os mais elevados padrões de saúde e segurança no trabalho, desde o apoio ativo da transição do ensino para a vida ativa, promovendo a formação contínua qualificante, até ao envelhecimento ativo visando o equilíbrio geracional dos recursos humanos no quadro de uma política laboral responsável e socialmente sustentável procurado, ainda, gerir as oportunidades de forma a eliminar as discriminações e a permitir a conciliação da vida profissional com a vida pessoal e familiar.

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

O Conselho de Administração tem vindo a acompanhar de perto a estratégia para a implementação do Plano Estratégico do Baixo Carbono (PEBC) e do Programa de Eficiência Energética na Administração Pública (ECO.AP) no Ministério da Saúde que visa promover a redução dos consumos e dos custos com energia e água averiguando a evolução dos consumos e custos e, ainda, identificando potenciais oportunidade de racionalização energética, resíduos e hídrica. Exemplos disso, o CHLO já tem dois dos seus hospitais a funcionar com centrais de cogeração e novos ecopontos para uma boa gestão de resíduos. Por outro lado, viu aprovados 11 milhões de euros de financiamento comunitário para realização de investimentos nas suas principais estruturas físicas: HEM, HSFX e HSC, projetos em curso.

Num outro contexto, o CHLO tem procurado: 1. sensibilizar os funcionários para a necessidade de redução do consumo de água quente sanitária, eliminando desperdícios e alertado os utentes do centro hospitalar para a poupança de água e eletricidade; 2. adquirir, preferencialmente, equipamentos com menores consumos de energia, nomeadamente, as lâmpadas de baixo consumo e procurado a redução dos consumos de energia através de alertas ao pessoal da segurança para, aquando das rondas apagarem as luzes e desligarem os equipamentos desnecessariamente acesos/ligados; 3. Instalar redutores de caudal (difusores, filtros, atomizadores ou arejadores) nas torneiras e chuveiros; 4. Prestar formação teórica sobre triagem de resíduos e passado a identificar os contentores para o correto acondicionamento dos resíduos nos respetivos locais de produção.

cmh
Algeria
f.

Tendo entrado em vigor no final de outubro de 2018 a RCM n.º 141/2018, de 26 de outubro, relativa à proibição legal do uso do plástico descartável no CHLO., à redução do consumo do papel e dos consumíveis de impressão (tinteiros e toners), temos acompanhado diversas ações internas com vista ao cumprimento integral das obrigações impostas. Neste âmbito foi já executada uma ação de sensibilização a todos os trabalhadores em que foram abordados os temas suprarreferidos, comunicadas as novas regras de atuação e distribuídos copos/garrafas reutilizáveis para substituição dos copos descartáveis.

A um outro nível, será de destacar a preocupação com a adequada política de gestão de stocks de níveis mínimos no sentido de serem evitados prejuízos, a todos os níveis, em especial, por prazos de validade expirados.

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

No CHLO o grupo com maior dimensão é sem dúvida o grupo do sexo feminino, com 3.530 efetivos, correspondentes a 75,6% dos colaboradores do CHLO.

Tendo em conta esta realidade, as políticas de RH tendem à promoção da igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres e à eliminação das discriminações, designadamente:

- ao nível do emprego e das remunerações;
- na esfera da tomada de decisão e da liderança;
- no acesso a oportunidades de formação;
- na articulação da vida profissional, pessoal e familiar;

Naquilo que se refere à gestão do capital humano do CHLO, o Conselho de Administração tem procurado gerir as oportunidades de forma a eliminar as discriminações e a permitir a conciliação da vida profissional com a vida pessoal e familiar.

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

Importa referir que na presença de um universo de trabalhadores maioritariamente feminino (75,6%) grande parte das preocupações plasmadas na Resolução do Conselho de Ministros n. 19/2012, de 23 de fevereiro são automaticamente neutralizadas, pelo que não se considerou a conceção de um plano para igualdade.

Handwritten notes in blue ink:
2/2
Alto 6/6/5
mu
d.

Todavia, o Conselho de administração do CHLO não ignora a problemática porque a preocupação não se resume tão-somente ao número de mulheres nos órgãos de gestão, mas também à não discriminação ou obstrução do exercício da função pelos pares, pelo que segue com especial cuidado a evolução da situação através de um acompanhamento regular.

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

É de destacar a dimensão humana e o respeito pelas pessoas na estratégia e políticas de gestão de recursos humanos concomitantemente com a valorização, o emprego e a progressão na carreira estimulando a aquisição de competências através da formação contínua e da aprendizagem ao longo da vida.

Em concreto, criar condições de trabalho motivadoras que favoreçam a excelência e o mérito, garantindo os mais elevados padrões de saúde e segurança no trabalho, desde o apoio ativo da transição do ensino para a vida ativa, promovendo a formação contínua qualificante, até ao envelhecimento ativo visando o equilíbrio geracional dos recursos humanos no quadro de uma política laboral responsável e socialmente sustentável.

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

O Conselho de Administração, sensível à necessidade de garantir a eficácia clínica com qualidade e segurança nos serviços prestados, numa perspetiva de melhoria contínua, continuou a promover e a implementar, em 2021, diversos programas que mantêm a organização como uma unidade prestadora de cuidados de saúde altamente diferenciados, com intensa concentração de conhecimentos e de recursos técnicos, garantindo uma prestação de elevada qualidade. Destaque para: i) uma pronta resposta a centenas de estudos na fase de exequibilidade e qualificação; ii) Submissão de estudos clínicos ou outros às entidades competentes nas áreas do medicamento, dispositivo médico, intervenção de procedimentos e de técnica cirúrgica; iii) Ferramentas desenvolvidas para aumentar a organização e a uniformização de procedimentos e circuitos relacionados com a Investigação Clínica no CHLO; iv) Formação de Investigadores do CHLO pela equipa de coordenação.

Compe
ml
Miguel
mu
d.

A concentração de inovação médica e de técnicas diferenciadas permite a obtenção dos melhores resultados clínicos, capitalizando a experiência dos profissionais e o uso clinicamente apropriado e economicamente racional dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Há, ainda, a destacar:

- Apoio à Publicação de artigos científicos em revistas conceituadas das várias especialidades;
- Apoio a Cursos de pós graduação;
- Seleção de Trabalhos Candidatos ao Prémio Dr. Carlos Lima de Investigação Clínica (que visa incentivar os jovens para a investigação);
- Curso introdução à Investigação Clínica para os novos Internos do CHLO.
- Candidatura e obtenção do prémio AICIB (Agência para investigação clínica e Biomédica), com projeto que visa promover divulgação da investigação clínica.

Já no que se refere à inovação, destaca-se a contínua aposta ao nível dos Centro de Referência dedicados ao tratamento de patologias que pela sua raridade, pela complexidade do diagnóstico ou do tratamento, e pelos custos elevados, obrigam à necessidade de uma estreita cooperação de diferentes especialidades médicas, de múltiplos recursos tecnológicos avançados e dispendiosos para garantir um tratamento diferenciado, otimizado ao doente e em igualdade de acesso.

É um conceito particularmente importante em determinadas áreas de medicina pela sua atividade inovadora, de elevado volume e qualidade, com uma importante participação na formação pré-graduada e pós-graduada, sendo a escolha privilegiada por numerosos especialistas nacionais e estrangeiros para o seu treino; e académica, em teses de mestrado e de doutoramento e participação em grupos técnicos, para além de permitir formalizar parcerias com centros de investigação nacionais e estrangeiros.

Os Centros de Referência revelam, ainda, capacidade de iniciativa e de mobilização da instituição, da sociedade civil e demais parceiros comerciais, para investimentos de ponta em equipamento.

Neste momento, o CHLO conta com os seguintes Centros de Referência:

- Doenças Cardiovasculares: Cardiologia de "intervenção estrutural" e Cardiopatias congénitas (em colaboração interinstitucional com o Centro Hospitalar de Lisboa Norte EPE e Hospital Cruz Vermelha Portuguesa)
- Oncologia de adultos: Cancro do Reto
- Transplante de Coração - Adultos
- Transplante do Rim - Adultos
- Epilepsia refratária (em colaboração interinstitucional com o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE)
- Implantes Cocleares

- Neurorradiologia de Intervenção na doença cerebrovascular (em colaboração interinstitucional com o Hospital Garcia Horta, EPE).

Estas unidades apresentam um foco na orientação para o doente, comprovada pela prática em acompanhar de forma constante o doente através da organização sistematizada das suas interações com os Centros, em garantir a continuidade de cuidados no período anterior e posterior ao momento da alta e pelo desenvolvimento da atividade em torno das necessidades dos diferentes doentes, articulando os seus serviços com diferentes serviços /especialidades do CHLO.

Aliás, terá sido esta preocupação em colocar o doente no centro do sistema que terá vindo a conduzir à necessidade de acreditação e certificação dos serviços do CHLO.

Se num primeiro momento, essa busca foi efetuada pelos centros de Referência, certo é que outros serviços tenham seguido para processo de acreditação.

O processo de acreditação em curso está baseado no modelo ACSA da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, reconhecido pela Direção-Geral da Saúde, em Portugal. Este programa desenrola-se em torno das seguintes grandes áreas:

- Acesso;
- Prática clínica;
- Segurança e qualidade;
- Organização e gestão;
- Capacidade formativa e investigação;

O que evidencia que o cidadão está, de facto, colocado no centro do sistema, respeitando-se os seus direitos, necessidades e expetativas.

Porque o número de serviços interessados em acreditação começa a ser significativo, o Conselho de Administração do CHLO decidiu vir a abranger todo o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental em processo de certificação pelo manual dos Hospitais, facto que não registou qualquer impedimento da parte da DGS, antes pelo contrário, total concordância.

X. Avaliação do Governo Societário

1. Cumprimento das Recomendações

O CHLO tem cumprido com todos os princípios de Bom Governo que lhe são aplicáveis.

2. Outras informações

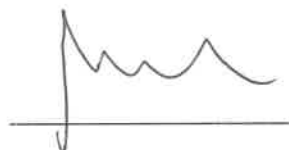
O CHLO não tem outras informações a prestar.

O Conselho de Administração



Rita Perez Fernandez da Silva

(Presidente)



Pedro Emanuel Ventura Alexandre

Pedro Emanuel Ventura Alexandre

(Vogal)



Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira

Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira


(Vogal)



José Manuel Fernandes Correia

José Manuel Fernandes Correia

(Diretor Clínico)



Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos

Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos

(Enfermeira Diretora)

CMR
2/2
17/6/25
m
j.

XI. ANEXOS DO RGS

- 1. Demonstração não financeira relativa ao exercício de 2021 que deverá conter informação referente ao desempenho e evolução da sociedade quanto a questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, igualdade de género, não discriminação, respeito pelos direitos humanos, combate à corrupção e tentativas de suborno (vide artigo 66.º-B do CSC) (aplicável às grandes empresas que sejam empresas de interesse público, que à data do encerramento do seu balanço excedam um número médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual – cfr. n.º 1 do mesmo artigo)**

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL (CHLO)

Aprovado
07.02.2018

REGULAMENTO INTERNO DA COMISSÃO LOCAL DE INFORMATIZAÇÃO CLÍNICA (CLIC)

I-Preâmbulo

[Signature]
Conselho de Administração
[Signature]

A Resolução do Conselho de Ministros nº 62/2016, de 15 de setembro, publicada no Diário da República, 1.ª série, N.º 199, de 17 de outubro de 2016, aprovou a Estratégia Nacional para o Ecosistema de Informação de Saúde 2020 — ENESIS 2020, tendo atribuído à SPMS, EPE as responsabilidades de coordenação e supervisão da referida estratégia, sob orientação da respetiva tutela.

O Despacho do Gabinete do Ministro da Saúde nº 3156/2017 de 5 de abril, publicado ao abrigo do nº 3 da Resolução anterior estabelece o modelo de funcionamento e coordenação operacional com vista à realização dos objectivos da ENESIS 2020, designado como modelo de governança e gestão do eSIS (ecossistema de informação de saúde).

Este modelo apoia-se numa estrutura organizacional, que garante a participação e a colaboração dos seguintes órgãos, que a constituem:

- a) Comissão de Acompanhamento do eSIS (CAeSIS)
- b) Coordenação do eSIS (CeSIS)
- c) Conselho Consultivo do eSIS
- d) Fórum ENESIS 2020
- e) Comissões Locais de Informatização Clínica
- f) Grupos de Trabalho

Pretende-se com a ENESIS 2020 atingir um SNS Sem Papel até 2020, melhorando o acesso e a partilha de informação, simplificando e desmaterializando processos e documentos.

II- Âmbito

- 1) O despacho nº 3156/2017 define as Comissões Locais de Informatização Clínica como órgãos integrados em cada instituição do Ministério da Saúde ou entidades voluntárias do sector privado ou social, com a responsabilidade de conduzir e monitorizar no seio interno da sua organização as iniciativas e boas práticas no âmbito da ENESIS 2020.
- 2) A CLIC do CHLO é um órgão consultivo multidisciplinar de apoio ao Conselho de Administração que visa garantir a melhor exequibilidade do projecto ENESIS 2020 neste centro hospitalar.

II – Constituição

1. A CLIC é presidida por um elemento do Conselho de Administração, e integra uma equipa multidisciplinar, constituída por profissionais de diversas áreas, nomeadamente: um médico, um enfermeiro, dois farmacêuticos, um assistente social, um elemento da gestão de doentes, um elemento dos sistemas e tecnologias de informação, um representante da patologia clínica, um representante da imagiologia e um secretário técnico.
2. Os membros da CLIC são nomeados pelo Conselho de Administração por períodos de três anos.
3. Nenhum membro da comissão poderá delegar as suas funções, nem ser substituído provisoriamente.
4. Ao secretário técnico compete a elaboração da ordem de trabalhos, convocatórias e actas das reuniões, a par de outras funções que lhe sejam atribuídas.
5. Os membros da CLIC exercem as suas funções no seu horário de trabalho, não lhes sendo devida remuneração adicional, mas têm direito à afetação de tempo

específico para a realização dos trabalhos da Comissão, bem como ao abono de ajudas de custo e deslocações suportadas pelos seus respetivos locais de origem.

III – Competências

(Definidas pelo Despacho nº 3156/2017)

1. Garantir que a estratégia das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) do CHLO considera os objetivos da ENESIS 2020, integra as suas iniciativas e incorpora as boas práticas do eSIS.
2. Responsabilidade pela implementação na Instituição das iniciativas no âmbito da ENESIS 2020, coordenando actividades dos diversos departamentos e serviços envolvidos e atribuindo responsabilidades locais pelo cumprimento dos objetivos do eSIS.
3. Responsabilidade por monitorizar no CHLO a implementação das iniciativas no âmbito da ENESIS 2020, incluindo a análise de indicadores de acompanhamento e risco, e reportar essa avaliação através da plataforma de Gestão de Portfólio de Iniciativas disponibilizada pela CeSIS.


IV – Funcionamento

1. A CLIC reúne-se ordinariamente mensalmente, à primeira terça-feira, às 10:00 h, excepto se agendamento prévio para outro dia da semana.
2. A CLIC pode reunir-se de forma extraordinária sempre que convocada pelo seu presidente.
3. Qualquer dos membros da CLIC pode propor ao presidente a realização de reuniões extraordinárias, invocando o seu fundamento.
4. Poderão ser convidados a participar nas reuniões da CLIC, profissionais/entidades do CHLO ou externas, para discussão ou apresentação de assuntos/projectos no âmbito da competência da comissão.

5. Os assuntos a agendar em cada reunião, deverão ser propostos previamente ao presidente da Comissão, sendo a ordem de trabalhos elaborada pelo secretário técnico e enviada a todos os membros.
6. A ordem de trabalhos em cada reunião deverá ser:
- 6.1 Leitura e aprovação da acta referente à reunião anterior.
 - 6.2 Pontos prévios, não incluídos na agenda enviada.
 - 6.3 Pontos em agenda.

IV – Contactos e Divulgação

1. A CLIC tem disponível um endereço de correio electrónico (clic@chlo.min-saude.pt), a que todos os profissionais podem aceder para colocar questões ou sugestões.
2. A CLIC tem uma área na intranet – Área Clínica-> Comissão Local de Informatização Clínica – CLIC, onde são publicadas as suas agendas de trabalho, actas, informações e orientações relevantes.


(Carlos Garratiba,
Presidente da CLIC CHLO)

REGULAMENTO INTERNO DA COMISSÃO LOCAL DE INFORMATIZAÇÃO CLÍNICA

Propõe-se, a seguinte alteração ao Regulamento Interno da CLIC de 06-02-2018.

- O Art.º II - **Constituição**, ponto 1 passa ter a seguinte redação:

1. A CLIC é presidida por um elemento do Conselho de Administração, e integra uma equipa multidisciplinar, constituída por profissionais de diversas áreas, nomeadamente: dois médicos, um enfermeiro, dois farmacêuticos, um assistente social, um elemento do serviço de gestão de doentes, um elemento do serviço de sistemas e tecnologias de informação, um representante do serviço de patologia clínica e um secretário técnico.

Proposta aprovada na CLIC a 06-10-2020

O presidente da CLIC



Dr. Carlos Galamba



CENTRO HOSPITALAR DE
LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

CIRCULAR NORMATIVA Nº 2

Data: 2010-08-03

ASSUNTO: DIVULGAÇÃO DO GUIA DE BOAS PRÁTICAS/COMBATE AO DESPERDÍCIO

1. É hoje divulgado na Intranet o Guia de Boas Práticas/Combate ao Desperdício para o qual pedimos toda a atenção dos colaboradores do CHLO.
2. A monitorização da sua aplicação será executada pelos Serviços do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental como referido no ponto 10, centralizada no Serviço de Planeamento e Gestão Estratégica e divulgado mensalmente pelo Conselho de Administração.
3. Pretendemos que este Guia seja sujeito a melhoria e actualização, de acordo com os resultados que forem sendo obtidos na sua aplicação no terreno.

O PRESIDENTE CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Pedro Abecasis

Pedro Abecasis

CMW

[Handwritten signatures and initials]

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL (CHLO)
REGULAMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE APOIO AO PROGRAMA
DE INTERVENÇÃO OPERACIONAL DE PREVENÇÃO AMBIENTAL DA *LEGIONELLA*

I - Preâmbulo

Tendo em consideração que existiam múltiplos documentos técnicos dispersos, orientadores das ações das instituições prestadoras de cuidados de saúde, em matéria de prevenção e controlo ambiental da bactéria *Legionella*, a Direção Geral da Saúde decidiu agrupá-los em documento único de forma a facilitar a sua abordagem nas unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde, pelo que, nos termos da alínea a) do n.º 2 e da alínea a) do n.º 3 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta conjunta com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, emite em 15 de Novembro de 2017 a Norma n.º 24/2017 onde reafirma que o órgão de gestão da unidade prestadora de cuidados de saúde é o responsável por garantir a prevenção e controlo ambiental da bactéria *Legionella*, mas que deve ser apoiado por uma estrutura de coordenação presidida por um dos seus membros e deve, de acordo com a estrutura da unidade, integrar responsáveis dos serviços de instalações e equipamentos, do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos, do Serviço de Saúde Ocupacional, da Qualidade e Segurança, assim como outros elementos de outros serviços ou programas considerados pertinentes, nomeadamente profissionais das Unidades de Saúde Pública dos Agrupamentos de Centros de Saúde/Unidades Locais de Saúde.

As três unidades hospitalares do CHLO, Hospital de Egas Moniz, Hospital de São Francisco de Xavier e Hospital de Santa Cruz, dispõem de equipamentos que podem originar o desenvolvimento de *Legionella* e, potencialmente, emitir aerossóis contaminados.

Tendo em conta o número elevado de utentes/doentes que recorrem a estas Unidade de Saúde, e o seu estado imunitário, a suscetibilidade à infeção está aumentada.

Para minimizar a propagação de *Legionella pneumophila* e o risco associado à Doença dos Legionários, devem ser adotadas medidas de monitorização, vigilância, avaliação do risco e de prevenção e controlo (físico, químico e microbiológico), para promover a adequada manutenção de todos os sistemas de água e de ar das unidades de saúde.

[Handwritten signatures and initials]



*cur
md
07/06/15
pau
2.*

A existência de um Plano de Controlo do desenvolvimento da *Legionella* aplicado às três referidas unidades hospitalares é determinante para minimizar os riscos associados e contribuir para saúde dos trabalhadores e dos utentes do CHLO.

II - Objeto e Identificação

1. O presente regulamento estabelece o âmbito e o alcance das competências bem como os princípios enformadores da organização e funcionamento do grupo de trabalho designado por Comissão de Apoio ao Programa de Intervenção Operacional de Prevenção Ambiental da *Legionella*, que apoiará o órgão de gestão conforme definido na referida norma da DGS.
2. A Comissão de Apoio ao Programa de Intervenção Operacional de Prevenção Ambiental da *Legionella* fica sediada no Edifício do Hospital São Francisco Xavier, do Centro Hospital de Lisboa Ocidental, na Estrada Forte do Alto Duque, 1449-005 Lisboa e tem os seguintes contactos:
 - Telefone Geral – 210 431 000
 - Telefone Secretariado – 210 431 008
 - Fax – 210 302 166

II - Âmbito

1. A Comissão de Apoio ao Programa de Intervenção Operacional de Prevenção Ambiental da *Legionella*, agora constituída, doravante referida como a COMISSÃO, é um órgão consultivo multidisciplinar de apoio ao Conselho de Administração que visa garantir a melhor exequibilidade dos objetivos definidos na Norma nº 24/2017 de 15 de Novembro da DGS e de mais legislação entretanto publicada ou que venha a ser publicada, nomeadamente o Despacho nº 10285/2017 de 27 de novembro do Secretário de Estado Adjunto da Saúde que estabelece a necessidade de se desenvolver um Programa de Intervenção Operacional de Prevenção Ambiental de *Legionella* (PIOPAL), garantindo a vigilância da qualidade do sistema de distribuição de água e dispositivos de refrigeração, dirigido a todas as unidades prestadoras de cuidados do Serviço Nacional de Saúde.

*Leak
super.
2
[signatures]*

III – Estrutura

1. A COMISSÃO é presidida por um elemento do Conselho de Administração designado Presidente da Comissão e integra uma equipa multidisciplinar, constituída por profissionais de diversas áreas, nomeadamente: um elemento do Serviço de Instalações e Equipamentos, do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, do Serviço de Saúde Ocupacional, da Qualidade e Segurança, da Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde Oeiras – Lisboa Ocidental e da Direcção Geral de Saúde.
2. Os membros da COMISSÃO são nomeados pelo Conselho de Administração por um período de três anos.
3. Os membros da COMISSÃO poderão fazer-se substituir nas suas funções nas ausências por impedimento, quando devidamente justificado junto do Presidente.
4. Os membros da COMISSÃO exercem as suas funções no seu horário de trabalho, com direito à afetação de tempo específico para a realização dos trabalhos da COMISSÃO.
5. A COMISSÃO será secretariada por elemento externo à Comissão, a designar.

IV – Competências

1. A Norma 24/2017 de 15 de novembro da Direcção Geral de saúde define que o órgão de gestão das unidades prestadoras de cuidados de saúde é responsável por garantir a prevenção e controlo ambiental da bactéria *Legionella*, assegurando um plano de prevenção e controlo, identificando as competências e atividades dos profissionais envolvidos, que integre a avaliação de risco, a vigilância e a manutenção dos sistemas e equipamentos geradores de aerossóis.
2. A mesma norma define, claramente, o que deve integrar o referido plano e, bem assim, que o órgão de gestão deve garantir e possuir evidência da adoção e da execução de medidas de controlo ou corretivas implementadas.
3. Por último, define o circuito de comunicação da informação de reporte às diversas entidades oficiais.
4. Caberá à COMISSÃO apoiar o órgão de gestão na prevenção e controlo ambiental da bactéria *Legionella* na aplicabilidade das boas práticas instruídas na Norma nº 24/2017 de 15 de novembro da DGS e de mais legislação em vigor ou que venha a ser publicada.

[Handwritten signatures and initials]

V – Funcionamento

1. A COMISSÃO reúne-se ordinariamente às terças-feiras, de dois em dois meses, com início a 6 de setembro de 2018, às 11:00.
2. A COMISSÃO poderá reunir-se extraordinariamente sempre que convocada pelo seu Presidente.
3. Qualquer membro da COMISSÃO poderá propor ao Presidente a realização de reuniões extraordinárias, invocando o seu fundamento.
4. Poderão ser convidados a participar nas reuniões da COMISSÃO profissionais ou entidades externas ao CHLO ou outras entidades externas para discussão/apresentação de assuntos/projetos no âmbito das competências da COMISSÃO.
5. A COMISSÃO poderá propor ao Conselho de Administração a constituição de grupos de trabalho temporários e específicos se considerado determinante para a persecução dos objetivos, bem como a formação específica para os seus membros em matéria técnico científica relevante sobre a matéria.
6. Os assuntos a agendar em cada reunião deverão ser propostos previamente ao Presidente da Comissão, sendo a ordem de trabalhos elaborada pelo secretário e enviada a todos os membros.
7. A Ordem de trabalhos em cada reunião deverá ser:
- Leitura e aprovação da ata referente à reunião anterior;
 - Pontos prévios/informações, não incluídos na agenda;
 - Pontos em agenda.

VI – Acesso à Informação

1. A COMISSÃO tem disponível um endereço eletrónico:
comissao_apoio_controlo_legionella@chlo.min-saude.pt
2. A COMISSÃO tem uma área na intranet onde serão publicados o Regulamento Interno da COMISSÃO, as agendas de trabalho, as atas, informações e demais orientações relevantes, nomeadamente o PIOPAL do CHLO.

Handwritten signatures and initials:
- Top right: "Dan" and "C. M. R."
- Bottom right: "4" and "K. K."
- Bottom left: A large stylized signature.

CM
Marta
Marta
Marta

VII - Disposições finais e transitórias

1. As dúvidas e omissões do presente regulamento serão resolvidas por maioria entre os elementos da COMISSÃO.

VIII - Entrada em vigor

1. O Regulamento Interno produz efeitos imediatos após a sua aprovação.
2. O Regulamento Interno pode ser objeto de alteração, mediante reunião expressamente convocada para o efeito e aprovada por maioria dos elementos da COMISSÃO.

Lisboa, 15 de outubro de 2018.

Carlos Galamba, Dr. – Conselho de Administração

Filomena Martins, Dra. – GCL-PPCIRA

Susana Parente, Dra. – Departamento da Qualidade e Segurança

Nuno Horta, Eng.º - Serviço de Instalações e Equipamentos

Teresa Martinho, Dra. – Serviço de Saúde Ocupacional

Sérgio Santos, Dr. – Unidade de Saúde Pública do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Paulo Diegues, Eng.º – Direção Geral de Saúde

Prevenção e Controlo Ambiental da *Legionella*

Programa de Intervenção Operacional de Prevenção Ambiental da *Legionella*

http://intranet/area_clinica/PIOPAL-Programa%20de%20Intervenção%20Operacional%20de%20Prevenção%20Ambienta%20da%20Legionella/Preveno%20e%20Controlo%20Ambienta%20da%20Legionella/Prevenção%20e%20Controlo%20Ambienta%20da%20Legionella.pdf

INICIATIVAS DE SIMPLIFICAÇÃO E DESMATERIALIZAÇÃO DE PROCESSOS

1. Divulgação App MyCHLO

Está já disponível uma mobile App, nova aplicação MyCHLO e de mensagens SMS, com o objetivo de aproximar e facilitar o contacto do utente com os serviços do CHLO e reduzir a utilização de papel.

Permite receber notificações relevantes sobre as consultas ou exames agendados no centro hospitalar. Através do calendário dispõe de informação detalhada sobre compromissos agendados e informações úteis, com alertas.

Pode ser descarregada no link abaixo e siga as instruções: <http://gtbox.us/chlo>

2. Notificação das Consultas Externas por SMS

Os utentes do CHLO, desde julho de 2017, recebem um alerta via SMS 48h antes da consulta com link para confirmar/anular/remarcar a sua presença.

Iniciou-se uma fase piloto nas consultas de Oncologia/Hemato-oncologia/Medicina/HSFX do envio imediato de SMS aquando da sua marcação, à semelhança da RSP, evitando-se a impressão em papel.

3. Desmaterialização da requisição de exames radiológicos na Consulta de Ortopedia

Uma equipa multidisciplinar liderada pela Coordenadora da Consulta Externa do Serviço de Ortopedia Dra. Isabel Rosa, concretizou o projecto de desmaterialização da requisição dos exames radiológicos e a agilização dos circuitos específicos desta consulta, com grande benefício para os doentes e profissionais.

4. Desmaterialização da informação clínica proveniente dos hospitais convencionados no âmbito do SIGIC

Esta iniciativa do Serviço de Gestão de Doentes permitiu reduzir em 80% a volumosa documentação em papel que era enviada para o CHLO.

CW
Alto do Duque
pne
J.

5. Desmaterialização do envio dos termos de responsabilidade de MCDTs

Foi promovido pelo Serviço de Gestão de Doentes em articulação com o Serviço Financeiro o envio por suporte digital dos Termos de Responsabilidade de MCDTs directamente para o sector contratualizado, evitando-se desta forma que fossem os próprios doentes a assegurar este circuito, ou através dos Serviços Postais dos CTT ou dos transportes do Centro Hospitalar.

[Handwritten signature]

- 2. Ata ou extrato da ata da reunião do órgão de administração em que haja sido deliberada a aprovação do RGS 2021.**

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'Amr', 'Alb', and others.

**Extrato da Ata do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.**

(Sessão realizada em 30/03/2022)

Ponto dois – Foi aprovado o Relatório de Governo Societário do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., referente ao ano 2021.

A Presidente do Conselho de Administração


(Rita Perez)

4. Declarações a que se refere o artigo 52.º do RJSPE.

Ambr
2/4
M. G. B. S.
mu
d.

Ambr
Alb6
[Signature]

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

(Resolução n.º 44/2015 Tribunal de Contas,
publicada no DR, 2ª Série, n.º 231, de 25 de Novembro)


No âmbito do processo de prestação de contas do exercício de 2021 do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, declaramos, sob compromisso de honra, enquanto titulares de órgãos responsáveis pela elaboração, aprovação e remessa das contas consolidadas ao Tribunal de Contas, que adotámos, fizemos aprovar e executar de forma continuada os princípios, normas e procedimentos contabilísticos e de controlo interno a que estamos vinculados por imperativo legal ou contratual e que garantem e asseguram, segundo o nosso conhecimento, a veracidade e sinceridade das respetivas demonstrações financeiras e a integralidade, legalidade e regularidade das transações subjacentes, pelas quais assumimos a responsabilidade de que, designadamente:

- a) não contêm erros ou omissões materialmente relevantes quanto à execução orçamental e de contabilidade de compromissos, à gestão financeira e patrimonial e, bem assim, ao registo de todas as operações e transações que relevem para o cálculo do défice e da dívida pública atendendo, nos termos aplicáveis, ao direito europeu da consolidação orçamental;
- b) identificam completamente as partes em relação de dependência e registam os respetivos saldos e transações;
- c) não omitem acordos quanto a instrumentos de financiamento direto ou indireto;
- d) evidenciam com rigor e de forma adequada a dimensão, extensão e relevação contabilística dos passivos efetivos ou contingentes, designadamente os compromissos decorrentes de benefícios concedidos ao pessoal e aos membros dos órgãos sociais, bem como as responsabilidades decorrentes de litígios judiciais ou extrajudiciais;
- e) incluem os saldos de todas as contas bancárias no IGCP e/ou noutras instituições financeiras;
- f) evidenciam que foram respeitadas as normas da contratação pública aplicáveis e cumpridos pontual e tempestivamente todos os acordos e contratos com terceiros;


- CMV
Alu Bto
Pur
D.
- g) evidenciam que foram respeitadas as normas dos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas e do código do trabalho bem como observaram as incompatibilidades e limitações previstas aí, no estatuto de aposentação, no código contributivo da segurança social e em estatutos específicos, designadamente de carreiras especiais;
 - h) foram publicitadas de acordo com as disposições legais e comunicadas às entidades competentes.

Lisboa, 31 de Março de 2022


O Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE


Rita Perez Fernandez da Silva
(Presidente)


Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira
(Vogal)


Pedro Emanuel Ventura Alexandre
(Vogal)


José Manuel Fernandes Correia
(Diretor Clínico)


Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos
(Enfermeira Diretora)

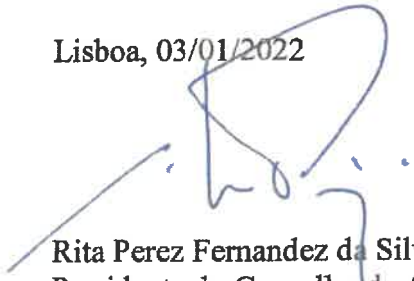
CM
in
Alb
mu
d.

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

(artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Rita Perez Fernandez da Silva, declaro que não detenho qualquer participação patrimonial na empresa, assim como qualquer relação com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 03/01/2022


Rita Perez Fernandez da Silva
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:

Cópia Fiscal Único

Cópia IGF



DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, Rita Perez Fernandez da Silva, 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.

Lisboa, 03/01/2022

Rita Perez Fernandez da Silva
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:

Cópia Fiscal Único

Cópia IGF

Handwritten signatures and initials in blue ink.

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

(artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Pedro Emanuel Ventura Alexandre, declaro que não detenho qualquer participação patrimonial na empresa, assim como qualquer relação com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 03/01/2022

Handwritten signature of Pedro Emanuel Ventura Alexandre.

Pedro Emanuel Ventura Alexandre
Vogal Executivo do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:
Cópia Fiscal Único
Cópia IGF



Com
Assinatura
para
&

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, Pedro Emanuel Ventura Alexandre, 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.

Lisboa, 03/01/2022

Pedro Emanuel Ventura Alexandre
Vogal Executivo do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:
Cópia Fiscal Único
Cópia IGF

Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'CMV' and 'Nhebo'.

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

(artigo 52º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira, declaro que não detenho qualquer participação patrimonial na empresa, assim como qualquer relação com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 03/01/2022

Handwritten signature of Carlos Galamba de Oliveira.

Carlos Galamba de Oliveira
Vogal Executivo do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:
Cópia Fiscal Único
Cópia IGF

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

Eu, Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira, 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.

Lisboa, 03/01/2022



Carlos Galamba de Oliveira
Vogal Executivo do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:
Cópia Fiscal Único
Cópia IGF

Handwritten signatures and initials in blue ink.

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

(artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, José Manuel Fernandes Correia, declaro que não detenho qualquer participação patrimonial na empresa, assim como qualquer relação com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 03/01/2022

Handwritten signature in blue ink.

José Manuel Fernandes Correia (Diretor Clínico)
Vogal Executivo do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:

Cópia Fiscal Único

Cópia IGF

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, José Manuel Fernandes Correia, 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.

Lisboa, 03/01/2022



José Manuel Fernandes Correia (Diretor Clínico)
Vogal Executivo do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:

Cópia Fiscal Único

Cópia IGF

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

(artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Handwritten signature and initials in blue ink.

Eu, Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos, declaro que não detenho qualquer participação patrimonial na empresa, assim como qualquer relação com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 03/01/2022

Handwritten signature in blue ink.

Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos (Enfª Directora)
Vogal Executivo do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:

Cópia Fiscal Único

Cópia IGF

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

Eu, Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos, 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.

Lisboa, 03/01/2022



Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos (Enfª Diretora)
Vogal Executivo do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:
Cópia Fiscal Único
Cópia IGF

CMR
il
Alto Gds
J

5. Ata da reunião da Assembleia Geral, Deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação por parte dos titulares da função acionista dos documentos de prestação de contas (aí se incluindo o Relatório e Contas e o RGS) relativos ao exercício de 2020.

O CHLO continua a aguardar o despacho de aprovação das contas relativo ao exercício de 2020.

Mahomed Tayob

De: IGF-Autoridade de Auditoria <autoridadeauditoria@igf.gov.pt>
Para: Mahomed Tayob
Enviado: 16 de maio de 2022 17:16
Assunto: Read: RGS - Relatório do Governo Societário 2021

Your message

To: IGF-Autoridade de Auditoria
Subject: RGS - Relatório do Governo Societário 2021
Sent: Monday, May 16, 2022 5:12:42 PM (UTC+00:00) Dublin, Edinburgh, Lisbon, London

was read on Monday, May 16, 2022 5:15:16 PM (UTC+00:00) Dublin, Edinburgh, Lisbon, London.