Apreciado em Reunião
do Conselho de Administração
CHBM, E.P.E.
de 28/04/2022
ACTA N.º 17

C.A.
APROVADO

Pedro Lopes
Presidente do Conselho de Administração

Relatório de Governo Societário 2021

CHBM Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE

Aprovada em reunião de Conselho de Administração de
Barreiro, 28 de abril de 2022

I. Síntese (Sumário Executivo)

O Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE (CHBM) elabora o Relatório do Governo Societário respeitante ao ano de 2021 nos termos definidos no art.º 54 do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro. Para o efeito, respeita-se o guião divulgado pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Sector Público Empresarial.

A Missão, Objetivos e Políticas do CHBM mantêm-se inalteradas e de acordo com o publicado no Regulamento Interno da Instituição;

Relativamente à Estrutura de Capital, não se registaram alterações ao capital estatutário do CHBM, mantendo-se o valor de 105.180.000,00€;

Globalmente em 2021, foram cumpridas a maioria as metas e objetivos definidos em sede de contratualização com a Tutela, apresentado uma taxa de cumprimento do Contrato Programa de 93,5% e do Índice de Desempenho Global de 102,5%

Em termos financeiros, o CHBM EPE apresentou um resultado líquido negativo de cerca de -19 M€, acima dos valores contratualizados em sede de Contrato Programa 2021.

O CHBM adota boas práticas no âmbito do seu objeto de atuação, designadamente no que respeita às políticas de gestão, no seguimento do relatório elaborado no ano transato.

CAPITULO II do RJSPE - Práricas de bom governo		Sim	Não	Data
Artigo 43º	Apresentou plano de atividades e orçamento para 2022 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponiveis		X	
	Obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de atividades e orçamento para 2022		X	
Artigo 44º	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		
Artigo 45º	Submeteu a informação financeira anual ao Revisor Oficial de Contas, que é responsável pela Certificação Legal das Contas da empresa	X		
Artigo 46º	Elaborou o relatório identificativo de ocorrências, ou risco de ocorrências, associado à prevenção da corrupção, de 2022.	X		13-03-2022
Artigo 47º	Adotou um código de ética e divulgou o documento	X		20-10-2016
Artigo 48º	Tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada	X		08-01-2021
Artigo 49º	Prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambie	X		-
Artigo 50º	Implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade	X		29-12-2017
Artigo 51º	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		
Artigo 52º	Evidenciou que todos os membros do órgão de administração cumpriram a obrigação de declararem as participações patrimoniais e relações suscetíveis de gerar conflitos de interesse ao órgão de administração, ao órgão de fiscalização e à IGF	X		
Artigo 53º	Providenciou no sentido de que a UTAM tenha condições para que toda a informação a divulgar possa constar do sitio na internet da Unidade Técnica		X	
Artigo 54º	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 Capitulo II do RJSPE (boas práticas de governação)	X		

Índice

I. Síntese (Sumário Executivo) 2
II. Missão, Objetivos e Políticas 3
III. Estrutura de Capital 19
IV. Participações Sociais e Obrigações detidas 19
V. Órgãos Sociais e Comissões 20
VI. Organização Interna 37
A. ..... Estatutos e Comunicações 37
B. ..... Controlo interno e gestão de riscos 38
C. ..... Regulamentos e Códigos 47
D. ..... Deveres Especiais de Informação 50
E. ..... Sítio de Internet 52
F. ..... Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral 53
VII. Remunerações 54
A. ..... Competência para a Determinação 54
B. ..... Comissão de Fixação de Remunerações 55
C. ..... Estrutura das Remunerações 55
D. ..... Divulgação das Remunerações 56
VIII. Transações com partes relacionadas e Outras 58
IX. Análise de sustentabilidade da entidade nos domínios económicos, social e ambiental 61
X. Avaliação do Governo Societário 68
XI. Anexos do RGS 70

II. Missão, Objetivos e Políticas

1. Missão, Visão e Valores

Considerando o Regulamento Interno aprovado pelo Conselho de Administração a 23.03.2018, o Centro Hospitalar adota as seguintes políticas da instituição:

Missão da Entidade

O Centro Hospitalar tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito da responsabilidade e capacidade das unidades hospitalares que o integram, o Hospital Nossa Senhora do Rosário e o Hospital do Montijo, exercendo a sua atuação de acordo com as linhas estratégicas definidas pelo Conselho de Administração no âmbito da autonomia de gestão que legalmente lhe assiste, promovendo a execução local da política de saúde regional e nacional plasmada nos planos estratégicos superiormente aprovados e operacionalizada através de contrato programa.

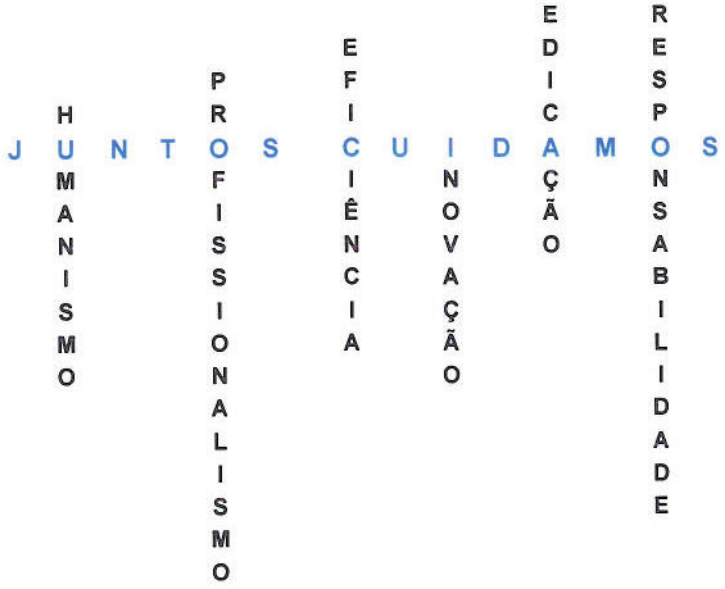
Visão

Ser um Centro Hospitalar com diferenciação científica, técnica e tecnológica, reconhecido pela efetividade clinica, segurança e satisfação do doente e motivação dos colaboradores, assumindo-se como uma instituição de referência na promoção da saúde e bem-estar da população.

Valores

- Gestão integrada do acesso aos cuidados de saúde;
- Livre circulação dos doentes no âmbito do Serviço Nacional de Saúde;
- Preocupação partilhada com o doente na utilização custo efetiva dos recursos disponíveis;
- Humanização e qualidade dos cuidados de saúde;
- Não discriminação e respeito pelos direitos dos doentes;
- Educação para a saúde e promoção da literacia em saúde;
- Autocuidado e participação dos doentes no processo assistencial;
- Respeito pela dignidade e segurança individual da cada doente;
- Atualização assistencial incorporando os avanços da investigação da ciência e da tecnologia;
- Excelência técnico-profissional;
- Ética e deontologia profissional;
- Trabalho de equipa pluridisciplinar e multiprofissional;
- Sustentabilidade económico-financeira;
- Respeito pelo ambiente;
- Promoção de cultura de mérito e avaliação sistemática.

O princípio orientador geral: JUNTOS CUIDAMOS, integra os valores pelos quais os profissionais do Centro Hospitalar pautam a sua atuação:



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

a) Objetivos e resultados definidos pelos acionistas relativos ao desenvolvimento da atividade empresarial a alcançar em cada ano e triénio, em especial os económicos e financeiros;

O CHBM manteve como pressupostos de atividade em 2021 quatro áreas distintas de intervenção (Medidas de Intervenção Estratégica – MIE), não obstante a mudança de foco e priorização do combate à pandemia covid-19:

MIE 1. Modernização da oferta hospitalar
1.1. Alargar o internamento em hospitalização domiciliária
1.2. Alargar a prestação de cuidados de saúde de ambulatório, incluindo vídeo consultas
1.3. Inovar em termos de eficiência energética
1.4. Alargamento e adaptação de espaços para tratamento independente de doentes COVID-19
1.5. Reforço da resposta e nível de diferenciação em Medicina Intensiva

MIE 2. Melhorar o acesso aos cuidados de saúde
2.1. Elaborar protocolos de referenciação para consulta externa com o ACES Arco Ribeirinho
2.2. Promover a realização de atividade cirúrgica adicional
2.3. Otimizar a taxa de ocupação da UCA Montijo e UCA Barreiro
2.4. Diminuir a Demora Média dos Serviços de Internamento
2.5. Cumprir dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos
2.6. Alargar a oferta em biologia molecular com a realização de testes SARS-CoV-2

MIE 3. Promover a integração de cuidados no SNS
3.1. Estabelecer um plano de assistência integrado com o ACES Arco Ribeirinho para os doentes frequentes do serviço de urgência
3.2. Concluir o projeto do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes de Saúde Mental

3.3. Instalar a Unidade de Saúde Familiar Aldegalega no Hospital do Montijo com utilização partilhada de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e funcionamento misto da Urgência Básica do Montijo

MIE 4. Garantir a sustentabilidade financeira

4.1. Promover o *switch* da prescrição de medicamentos com base em análise custo/efetividade

4.2. Rentabilizar capacidade interna na área dos MCDT com redução do recurso ao exterior (nomeadamente a realização de testes SARS-CoV-2)

4.3. Alargar a negociação e aquisição conjunta com os Hospitais da Península de Setúbal de material de consumo clinico e prestações de serviços regulares

4.4. Consolidar a ferramenta de gestão e otimização do processo de transporte não urgente de doentes (plataforma informática SGTD)

4.5. Promover a realização de concursos públicos para aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

O Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE pauta a sua atuação na prossecução dos seguintes objetivos:

- Orientar toda a atividade em função do doente, respondendo às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas disponíveis;
- Prosseguir e implementar metodologias de gestão que proporcionem a realização pessoal e profissional dos seus colaboradores;
- Rentabilizar a capacidade disponível e garantir a viabilidade económico-financeira da instituição;
- Em sede de contratualização com a Tutela foi estabelecido o Contrato-Programa para o triénio 2017-2019, o qual é revisto anualmente através de Acordos Modificativos, onde foram definidos os objetivos de desempenho económico-financeiro e os objetivos de qualidade e eficiência. Datado de 8 janeiro 2021, foi assinado o Acordo Modificativo para o ano, que prorrogou o Contrato-Programa estabelecido para o triénio 2017-2019. Em 23 fevereiro 2022 foi efetuada Adenda ao Acordo Modificativo de 2021, que reajustou o valor de duas linhas de atividade assistencial, a qual não foi ainda assinada pela Tutela, pelo que não se encontra publicada no site do CHBM.

b) Grau de cumprimento dos mesmos, assim como a justificação dos desvios verificados e das medidas de correção aplicadas ou a aplicar.

Os objetivos de atividade estabelecidos são monitorizados mensalmente. Este acompanhamento efetua-se em duas perspetivas:

- Perspetiva de monitorização da "Produção Total", correspondente ao acompanhamento de toda a produção realizada, conforme mapa seguinte;
- Perspetiva de monitorização da "Produção SNS" correspondente ao acompanhamento da produção enquadrável em Contrato-Programa, conforme mapa de estimativa de proveitos.

O mapa seguinte representa o acompanhamento dos objetivos na componente de "Produção Total", sendo também apresentada a componente de execução da produção realizada ao abrigo do Contrato-Programa para 2021.

CHBM Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE

MAPA 1
Monitorização da Actividade Contratualizada por linha de Produção

Linha de Produção	Produção Total Ano 2020	Produção Total Ano 2021	Var %	Produção SNS Realizado 2021	Produção SNS Contratualizado CP	Desvio Face ao CP Valor	Desvio Face ao CP %
	1	2	3=(2-1)/1	4	5	6=4-5	7=(4-5)/5
Consultas Externas							
1.ªs Consultas	36.906	**38.094**	3,2%	**37.458**	42.248	-4.790	**-11,3%**
Consultas Subsequentes	121.779	**125.547**	3,1%	**121.508**	125.161	-3.653	**-2,9%**
Total Consultas Médicas	158.685	**163.641**	**3,1%**	**158.966**	**167.409**	**-8.443**	**-5,0%**
Taxa de Acessibilidade	23,3%	**23,3%**	0,1%	**23,6%**	25,2%	-1,67	**-6,6%**
Internamento							
Doentes Saídos (com berçário)	12.593	**12.737**	**1,1%**	**12.720**	**13.010**	**-290**	**-2,2%**
GDH's Médicos	9.411	**9.309**	-1,1%	**9.295**	9.523	-228	**-2,4%**
GDH's Médicos Int.Cuidados Paliativos	169	**143**	-15,4%	**143**	171	-28	**-16,4%**
GDH's Cirúrgicos Programados	1.286	**1.390**	8,1%	**1.390**	1.761	-371	**-21,1%**
GDH's Cirúrgicos Urgentes	1.727	**1.895**	9,7%	**1.892**	1.555	337	**21,7%**
Atividade cirúrgica - Doentes Intervencionados	5.837	**7.281**	**24,7%**				
Actividade cirúrgica convencional (base+adicional)	2.029	**2.390**	17,8%				
Actividade cirúrgica ambulatória (base+adicional)	2.758	**3.676**	33,3%				
Actividade cirúrgica urgente	1.050	**1.215**	15,7%				
Atividade de Ambulatório	8.073	**8.638**	**7,0%**	**8.635**	**9.425**	**-790**	**-8,4%**
GDH's Médicos Ambulatório	5.599	**5.429**	-3,0%	**5.426**	5.882	-456	**-7,8%**
GDH's Cirurgicos Ambulatório	2.474	**3.209**	29,7%	**3.209**	3.543	-334	**-9,4%**
Hospitais de Dia (sessões)	16.724	**18.651**	**11,5%**	**18.604**	**18.736**	**-132**	**-0,7%**
Imunohemoterapia	1.383	**1.694**	22,5%	**1.665**	1.568	97	**6,2%**
Psiquiatria	582	**1.232**	111,7%	**1.232**	1.227	5	**0,4%**
Outros	14.759	**15.725**	6,5%	**15.707**	15.941	-234	**-1,5%**
Radioterapia	19.218	**20.768**	**8,1%**	**20.768**	**27.500**	**-6.732**	**-24,5%**
Tratamentos Simples	9.400	**10.456**	11,2%	**10.456**	11.000	-544	**-4,9%**
Tratamentos Complexos	9.818	**10.312**	5,0%	**10.312**	16.500	-6.188	**-37,5%**
Visitas Domiciliárias	227	**137**	-39,6%	**137**	183	-46	**-25,1%**
Hospitalização Domiciliária	150	**338**	125,3%	**338**	300	38	**12,7%**
Total Episódios de Urgência	110.996	**121.319**	**9,3%**	**119.413**	**129.535**	**-10.122**	**-7,8%**
Urgência Médico-Cirúrgica	93.079	**100.704**	8,2%	**99.148**	107.499	-8.351	**-7,8%**
Urgência Básica	17.917	**20.615**	15,1%	**20.265**	22.036	-1.771	**-8,0%**
Episódios de Urgência (sem internamento)	102.033	**112.513**	**10,3%**	**110.647**	**121.170**	**-10.523**	**-8,7%**
Urgência Médico-Cirúrgica	84.206	**91.985**	9,2%	**90.469**	99.222	-8.753	**-8,8%**
Urgência Básica	17.827	**20.528**	15,2%	**20.178**	21.948	-1.770	**-8,1%**
Programas de Saude							
VIH/Sida - Total de Doentes Equiv.	857	**872**	1,8%	**872**	880	-8	**-0,9%**
IVG até 10 Semanas	415	**363**	-12,5%	**363**	455	-92	**-20,2%**
Esclerose Múltipla - Total de Doentes Equiv.	53	**57,8**	8%	**57,8**	65	-7	**-11,0%**
Hepatite C - Doentes Tratados (individuos)	101	**65**	-36%	**65**	70	-5	**-7,1%**
PSCI - Total de Doentes Equiv.	67	**74,8**	11,7%	**74,8**	70	5	**6,9%**
Rastreio do Cancro do Cólon e Reto	-	**3**	-	**3**	150	-147	**-98,0%**
Medicamentos							
Disp. Gratuita em Ambul. C/ suporte legal (€)	1.689.518	**2.212.268**	30,9%	**1.280.803**	1.311.420	-30.617	**-2,3%**

O CHBM iniciou o ano de 2021 com a terceira, e até hoje, maior vaga da pandemia Covid-19, atingido o máximo de 159 doentes internados a 3 fevereiro, estando nessa fase em funcionamento 6 ADR (Áreas Dedicadas aos Doentes Respiratórios) localizados em enfermarias, unidade de cuidados intensivos e serviço de urgência, com uma taxa de esforço de 58,7% para a pandemia. A quarta vaga da pandemia ocorreu no período do Verão de 2021, com uma ocupação máxima de internamento de 33 doentes, correspondendo a duas enfermarias ADR. No último dia do ano 2021, a taxa de esforço COVID do CHBM para resposta aos doentes Covid representava "apenas" 11% do total de camas de internamento de adultos, distante dos valores alcançados na terceira fase da pandemia e do valor de 23,1% a atingir na quinta vaga a 23 janeiro 2022 com 54 doentes internados.

Assim, as medidas de contingência implementadas para combate à Pandemia por COVID-19, mantiveram-se nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente os modelos assistenciais em circuitos e equipas em duplicado, ou seja, procedimentos e modos de atuação por forma a promover respostas adequadas à contenção e propagação da doença.

Neste âmbito, e mediante Despacho da Sra. Ministra da Saúde, a atividade programada não prioritária e não diretamente relacionada com o tratamento de doentes COVID-19 esteve suspensa no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, entre os dias 13 de janeiro e 31 março.

No decorrer do mês de abril foi sendo reativada parte da atividade assistencial programada, todavia, não na sua totalidade, dado que permaneceram condicionados os espaços de consulta externa até junho 2021 (onde esteve localizada a Urgência não COVID) e da MFR (que na presente data ainda tem localizada a Urgência Pediátrica não COVID, por força da manutenção de circuitos de urgência para doentes respiratórios e não respiratórios).

Resumidamente o primeiro trimestre do ano 2021 do CHBM foi priorizado no combate à doença por COVID-19, reduzindo a intensidade do vírus no período de Primavera Verão, reajustando-se continuamente a restante atividade clínica programada e urgente, sempre em função da intensidade da pandemia. Nesta sequência, a atividade assistencial de 2021 ficou condicionada por todas as medidas de contingência implementadas, não obstante, a retoma da atividade programada concretizou-se porque todas as linhas de atividade assistencial, à exceção do número de partos, incrementaram face ao ano 2020.

De realçar que o ano 2021, surgiu uma nova atividade assistencial, o processo de vacinação contra a patologia SARS-COv-2 para profissionais de saúde do CHBM, prestadores de serviços em exercício de funções no CHBM e alguns profissionais de saúde do ACES Arco Ribeirinho com indicação clínica para vacinação em contexto hospitalar. O processo iniciou-se 29 dezembro 2021 e conclui-se em 8 fevereiro 2022, tendo sido realizadas perto de 5070 inoculações, atingindo-se uma taxa de cobertura vacinal com a 2ª dose de 86,8% dos profissionais de saúde.

Em relação aos objetivos definidos para o Contrato-Programa de 2021, foram considerados na presente análise os objetivos consensualizados com a Tutela em janeiro 2021 e fevereiro 2022, na sequência do pedido de revisão dos objetivos de produção inicialmente definidos para a linha de atividade de Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório, Hepatite C e tratamentos de radioterapia.

Consulta Externa

A atividade desenvolvida no âmbito das Consultas Médicas, em 2021, verificou um incremento de atividade face ao ano 2020, tendo sido realizadas 163.641 consultas, das quais 38.094 primeiras consultas e 125.547 consultas subsequentes. Com este volume de consultas realizadas, foi possível ficar a taxa de acessibilidade em 23,3%.

Procedendo-se à comparação da atividade realizada em 2021 com a dos últimos dois anos, observa-se um decréscimo global das consultas médicas realizadas, sendo a variação global (2021-2019) de -11,0%. De notar, quando observada a variação anual é possível verificar uma variação positiva de 3,1% quando comparada a produção do ano 2021 com o ano 2020.

Quanto às primeiras consultas médicas verifica-se, face a 2019, que em 2021 foram realizadas menos 8.787 (-18,7%) primeiras consultas, no entanto quando comparado com o ano 2020, foram realizadas mais 1.188 (+3,2%) primeiras consultas. No que respeita a consultas subsequentes mantém-se a tendência face a 2019, uma vez que se apura uma redução de 11.406 (-8,3%) consultas subsequentes realizadas, sendo que quando comparado com o ano 2020 esta tendência inverte-se uma vez que, em 2021, foram realizadas mais 3.768 (+3,1%) consultas subsequentes. Neste contexto, o efeito do crescimento do número de primeiras consultas bem como de consultas subsequentes permitiu manter a taxa de acessibilidade em 23,3%, fixando em valor semelhante ao de 2020.

Procedendo-se a uma comparação da atividade realizada, com os objetivos consensualizados para o Contrato-Programa de 2021, após revisão efetuada, verifica-se que as consultas externas apresentam um desvio global de -5,0%. As primeiras consultas são as que mais se afastam do objetivo definido, com uma variação de -11,3%, traduzindo-se na realização de menos 4.790 consultas face ao previsto. A variação das consultas subsequentes é de -2,9%, representando menos 3.653 consultas realizadas. Nesta sequência a Taxa de acessibilidade apresenta-se 1,67pp abaixo da prevista.

Internamento

Relativamente ao internamento, no decurso da Pandemia por COVID-19, houve necessidade de manter uma gestão dinâmica e minuciosa das lotações afetas ao tratamento de doentes COVID-19 e Não-COVID-19, mediante nível de contingência, de acordo com a pressão sobre o internamento hospitalar. Neste contexto, houve necessidade de se proceder a diversos reajustamentos no número de camas alocadas ao tratamento de doentes com diagnóstico de COVID-19, tendo as mesmas oscilado entre um mínimo de 9 camas para um máximo de 159 camas, com maior pressão nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2021. Durante o ano 2021, foram internados no CHBM 1.003 doentes por Covid-19.

Quando analisada atividade em internamento, pode verificar-se que, pese embora o efeito negativo provocado pela Pandemia em 2021, o CHBM revelou capacidade para aumentar o n.º de doentes saídos face ao ano 2020. Assim, foi possível verificar que em 2021 o Centro Hospitalar apresentou um total de 12.737 doentes saídos, representando um acréscimo de 144 doentes face a 2020. Para este incremento do n.º de doentes saídos contribuíram de forma expressiva as algumas especialidades Cirúrgicas, nomeadamente a Ortopedia e a Urologia.

Em termos globais, no ano de 2021, o CHBM praticou uma lotação média de 357 camas, acrescida de 25 berços, registando uma taxa de ocupação de 83,0% (sem Berçário), o que se traduziu em 11.439 doentes

saídos (sem transferências internas), acrescidos de 1.298 altas do Berçário, o que totaliza 12.737 altas no ano de 2021.

Tendo em consideração os valores previstos para o CP2021 e os valores estimados para cada tipologia de GDH, tendo por base a atividade codificada, com referência ao acumulado a Dezembro de 2021, a qual reflete um nível de codificação de 97,8% dos episódios realizados, regista-se também um desvio negativo em todas as componentes de GDH's, mais evidente nos GDH Cirúrgicos Programados. Esta redução resulta essencialmente do cancelamento de toda a atividade cirúrgica não urgente no decorrer do Estado de Emergência e das medidas de contingência implementadas com maior repercussão durante o primeiro trimestre de 2021, bem como pelo encerramento da Unidade de Cuidados Paliativos durante 1 mês (de 23/01/2021 a 23/02/2021), devido a um surto de COVID-19.

No ano 2021, consolidada que estava a atividade de Hospitalização Domiciliária da Área Cirúrgica iniciada em dezembro de 2019, foi possível verificar-se a consolidação da atividade da Unidade Médica de Hospitalização Domiciliária, dedicada aos doentes do foro Médico, e que inicialmente procurou dar resposta aos doentes paliativos expandido progressivamente, ao longo de 2021, a sua abrangência a toda a tipologia de doentes médicos.

A hospitalização domiciliária, enquanto modelo de prestação de cuidados em casa, afigura-se como uma alternativa ao internamento convencional, proporcionando assistência contínua e coordenada aos cidadãos que, requerendo admissão hospitalar para internamento, cumpram um conjunto de critérios clínicos, sociais e geográficos que permitem a sua hospitalização no domicílio, sob a responsabilidade dos profissionais de saúde que constituem a Unidade de Hospitalização Domiciliária, com a concordância do cidadão e da sua família.

Assim, até final de dezembro de 2021 registaram-se 338 doentes saídos e 2 transferências internas, com uma demora média de 11,0 dias de internamento, o que se traduziu numa taxa de ocupação de 103,6%, para uma lotação de 10 camas, 5 cirúrgicas e 5 médicas.

Atividade Cirúrgica

No ano de 2021 foram intervencionados no Centro Hospitalar 7.281 doentes, dos quais 2.390 em cirurgia convencional, 3.676 em cirurgia do ambulatório e 1.215 em Urgência. Constata-se assim, que dos 6.066 doentes intervencionados em atividade programada, 60,6% efetuaram cirurgia em ambulatório. Este rácio demonstra a retoma da tendência de consolidação da atividade em ambulatório, uma vez que se verifica um incremento de 3 pontos percentuais por comparação com o resultado do ano de 2020 (57,6%), aproximando-se do valor obtido em 2019 (61,2%).

Durante o ano 2021, o CHBM manteve as estratégias de rentabilização do bloco operatório e de eficiência dos serviços cirúrgicos, procurando mitigar os efeitos dos sucessivos avanços e retrocessos na situação de emergência de saúde pública, provocados pela Pandemia por COVID-19. Contudo, a situação pandémica Mundial, conduziu a que fossem tomadas diversas medidas de contingência que determinaram o cancelamento da atividade cirúrgica programada não urgente, com principal impacto na atividade do primeiro trimestre de 2021, devido à terceira vaga de COVID-19.

Deste modo, em 2021 verificou-se um incremento de 26,7% da atividade cirúrgica programada por comparação com o período homólogo, representando mais 1.279 doentes operados de forma programada. Quando se analisa a Cirurgia de Ambulatório verifica-se um aumento de 33,3%,

representando mais 918 doentes operados, enquanto na Cirurgia Convencional este incremento se fixou nos 17,8%, representando mais 361 doentes operados.

No que respeita à atividade cirúrgica urgente, esta apresenta também um incremento no período, por comparação com o período homólogo, traduzindo-se em mais 165 doentes operados por admissão urgente.

Hospitais de Dia

Durante o ano 2021 a atividade desenvolvida em Hospital de Dia foi refletiu o esforço de retoma da prestação de cuidados em regime de ambulatório, que devido à Pandemia por COVID-19 se encontrou amplamente condicionada durante o ano 2020.

Deste modo foi possível verificar um incremento global da produção de cerca de 5,8% no número de sessões e de 12,8% do n.º de doentes face ao período homologo, resultando na realização de 23.383 sessões, das quais, 6.557 de Psiquiatria (inclui Pedopsiquiatria), 1.624 de Imunohemoterapia e 15.202 na linha de Outros Hospitais de Dia, onde se incluem as especialidades de Oncologia, Pneumologia, Infeciologia, Pediatria, Senologia, Autoimunes, Diabetologia, Medicina Interna, Gastrenterologia, Urologia, Neurologia e Esclerose Múltipla.

Salienta-se o incremento de atividade em algumas especialidades, nomeadamente na Psiquiatria, Senologia, Urologia, Pneumologia, Neurologia, Esclerose Múltipla, Gastroenterologia, Pediatria, Imunohemoterapia e Medicina Interna. Em relação à Psiquiatria, releva-se o facto de ter sido implementado no Hospital do Montijo o novo Hospital de Dia de Pedopsiquiatria e que contribuiu para a dinamização dos cuidados em ambulatório desta especialidade.

Quando analisado o n.º de doentes acompanhados em HDI verifica-se um incremento superior ao observado no n.º de sessões. Assim, contata-se um aumento no acesso a cuidados em ambulatório uma vez que o n.º de doentes aumentou, face ao período homologo. Observa-se, ainda que, o n.º médio de sessões por doente sofreu uma redução de 4,3 para 4,0 sessões por doente em 2021.

Se tivermos em consideração os objetivos previstos para o CP 2021, verificamos que a atividade desta linha de produção apresenta uma variação negativa na tipologia de "Outros", apresentando uma variação positiva na linha de "Imunohemoterapia" e "Psiquiatria". Em termos globais a variação traduz-se na realização de menos 107 sessões de HDI face ao previsto.

O Serviço de Radioterapia no ano 2021, inverteu totalmente o efeito de decréscimo verificado em 2020, sendo o ano com maior número de doentes referenciados do último triénio, +16,7, a que correspondem mais 181 doentes, em relação ao período homólogo. Este acréscimo decorre essencialmente dos doentes provenientes do Hospital Garcia de Orta (+ 77 doentes), Hospital de Vila Franca de Xira (+46 doentes), do próprio CHBM (+34 doentes), e do Centro Hospitalar de Setúbal (+20 doentes). Os restantes hospitais apresentam também um acréscimo de doentes referenciados, num total de +4 doentes. Assim, o número de tratamentos de radioterapia aumentou em 2021, representando um incremento de cerca de 8,3% face à atividade realizada no ano de 2020. Este aumento de atividade verificou-se mais expressivo nos tratamentos simples, tendo sido realizados +11,4% tratamentos simples, e apesar de menos expressivo, também os tratamentos complexos verificaram um incremento de cerca de +5,2%, face a 2020.

Para além da realização dos tratamentos o Serviço de Radioterapia mantém a realização de consultas de decisão terapêutica, sempre que possível, nos hospitais de origem com a presença de radio-oncologista do CHBM, ou através de teleconsulta, e que representaram em 2021 cerca de 19,8% do volume de consultas do Serviço de Radioterapia.

Quando se procede à análise da atividade realizada com os valores previstos para o CP 2021, considerando a revisão efetuada, apura-se um desvio de -24,5% no número total de tratamentos realizados, mais notório nos tratamentos complexos.

GDH`s Médicos de Ambulatório e GDH`s Cirúrgicos de Ambulatório

Considerando todos os episódios registados em SIMH[1], observa-se um decréscimo dos GDH`s Médicos de ambulatório no ano de 2021 em -3,0% (-170 GDH's Médicos) face ao período homólogo e -7,8% se tivermos em consideração o objetivo definido para o CP 2021, o que representa a realização de menos 456 GDH`s Médicos de ambulatório face ao previsto.

A atividade cirúrgica em ambulatório, por estar a associada a situações não urgentes e de menor complexidade cirúrgica, foi a mais afetada pela pandemia COVID-19. Assim, considerando o nível de codificação dos episódios de cirurgia de ambulatório realizados em 2021, com 99,3% dos episódios de cirurgia de ambulatório codificados, observa-se um incremento de 29,7% (+735 GDH's), face aos valores do ano anterior. Comparativamente com a previsão para o CP 2020 observa-se um desvio negativo de 9,4%, que representa menos 334 GDH's cirúrgicos de ambulatório realizados face ao objetivo previsto.

Urgências

O clima de incerteza e medo provocado pela Pandemia por COVID-19, no ano 2020, conduziu a que muitos dos doentes não acorressem aos Serviços de Urgência Hospitalares. No entanto em 2021 verificou-se uma ligeira inversão da tendência verificada no ano anterior, tendo-se observado um aumento de atividade de urgência em todas as tipologias desta valência.

Quando se analisada a evolução dos episódios de urgência, durante o ano de 2021, constata-se que a atividade dos serviços de urgência, apesar do aumento de episódios verificado face a 2020, mantém-se substancialmente abaixo dos anos Pré-Pandemia (-23,7% de episódios face a 2019). Verificou, assim, no decorrer de 2021 um aumento gradual da atividade em urgência, sendo este aumento mais expressivo na Urgência Pediátrica com especial efeito no último quadrimestre de 2021.

Neste contexto, verifica-se que a atividade da Urgência Médico-Cirúrgica apresentou, em 2021, níveis de procura superiores ao observado no ano 2020 em cerca de +8,2%, com a Urgência Básica a registar também um incremento da sua atividade em +15,1%. Em termos globais observa-se a realização de mais 10.323 episódios de urgência (+9,3%) no ano 2021, por comparação com o período homólogo. A Urgência Médico-Cirúrgica regista 100.704 episódios no ano de 2021, dos quais 27.252 na Urgência Pediátrica (+31,3% face período homólogo), 8.325 na Urgência Obstétrica/Ginecológica (+2,9% face ao período homólogo), 65.127 na Urgência Geral (+1,4% face ao período homólogo).

No que respeita ao Contrato Programa 2021, para o qual foi determinado um aumento da atividade de urgência, podemos verificar que a atividade realizada se apresenta inferior à contratualizada. Assim,

[1] Sistema de Informação para a Morbilidade Hospitalar

apura-se um desvio global de -7,8%, representando menos 10.122 episódios de urgência. Relativamente ao n.º de episódios de urgência sem internamento, verifica-se também um desvio negativo de 8,7% que se traduz em menos 10.523 episódios realizados face aos previstos para 2021, verificando-se que a atividade ficou aquém das estimativas efetuadas, em consequência do aumento da incidência de casos de COVID-19, essencialmente no primeiro trimestre de 2021.

Programas de Saude

O CHBM conta na sua carteira de serviços com a prestação de cuidados no âmbito de diversos programas de saúde como:

- **Programa apoio hospitalar aos rastreios base populacional: cancro cólon e reto:**
  No âmbito deste programa de saúde o CHBM apenas realizou rastreio a 3 doentes referenciados pelos Cuidados de Saúde Primários, ficando muito aquém da meta contratualizada (-98,0%) e que previa a realização de rastreio a 150 utentes. Salienta-se ainda que o CHBM apenas entrou para o programa de Rastreio em abril de 2021, sendo que esta atividade se encontra totalmente dependente da referenciação por parte dos Cuidados de Saúde Primários de utentes.

- **Programa para interrupção voluntária da gravidez (IVG):**
  Em 2021 verificou-se a realização de um total de 363 IVG representando uma variação de cerca de -12,5% (-52 IVG) face ao ano 2020. Se considerarmos os objetivos consensualizados para o Contrato-Programa de 2021, verifica-se um desvio de -20,2%, traduzindo-se na realização de menos 92 IVG face ao previsto.

- **Prestação de cuidados a pessoas a viver com patologias crónicas:**
  - Programa de tratamento de doentes com dispositivos PSCI;
    O número de doentes em seguimento com Dispositivos PSCI, tem vindo a aumentar gradualmente, tendo-se verificado, em 2021, um aumento de 11,7% face ao período homólogo. Em termos globais, observa-se um incremento de 8 doentes equivalentes, deste modo quando analisada a produção realizada face às metas contratualizadas verifica-se um acréscimo de 6,9%, representando um acréscimo de 5 doentes equivalentes.

  - Programa de tratamento ambulatório de pessoas portadoras de infeção pelo vírus hepatite C;
    Em 2021, foi possível tratar 65 doentes portadores de hepatite C, representando uma redução de 36% (-36 doentes) face ao período homólogo. Quando se procede à análise da atividade realizada com os valores previstos para o CP 2021, considerando a revisão efetuada, apura-se um desvio de -7,1% no número doentes tratados, o que representa menos 5 doentes tratados face ao contratualizado.

  - Programa de tratamento ambulatório de pessoas a viver com infeção VIH/SIDA;
    O n.º de doentes acompanhados no âmbito do programa de tratamento do VIH/SIDA, em 2021 verificou um aumento do de cerca de 1,8% (+15 doentes equivalentes) face ao período homólogo. Ao analisar-se a produção face aos objetivos consensualizados para o Contrato-Programa de 2021, verifica-se um desvio de -0,9%, traduzindo-se em menos 8 doentes equivalentes face ao previsto.

- Programa de tratamento ambulatório de pessoas a viver com Esclerose Múltipla.
  O número de doentes com Esclerose Múltipla em tratamento ambulatório apresentou um aumento de cerca de 8% (+4 doentes equivalentes) face ao período homólogo. Quando analisada a produção realizada face às metas contratualizadas para o Contrato-programa de 2021 verifica-se um desvio negativo de cerca de 11%, traduzindo-se no acompanhamento de menos 7 doentes equivalentes, face ao previsto.

Contrato Programa 2021

Considerando a revisão ao Contrato-Programa 2021, finalizada em fevereiro 2022, na qual foi ajustada a atividade de tratamentos de radioterapia, Hepatite C e Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório, apura-se uma taxa de execução de 93,5%, excluindo a componente de Incentivos Institucionais. A pertinência destas alterações, apenas entre linhas de produção da atividade assistencial, assumiu especial relevo considerando o seguinte contexto:

• com a situação de emergência de saúde pública provocada pela Pandemia por COVID-19, não foi possível iniciar tratamento a novos doentes com Hepatite C uma vez que houve necessidade de desmarcar e adiar consultas essenciais para o início e *follow-up* do tratamento destes doentes, de acordo com as regras estabelecidas neste programa de gestão da doença. Neste contexto, o volume de 180 doentes inicialmente contratualizado verificou-se inatingível ao longo do ano 2021;

• no que se concerne à linha de produção de sessões de radioncologia, o CHBM tinha previsto a entrada em funcionamento do novo acelerador linear no início de 2021, sendo que apenas a partir de outubro de 2021 foi possível iniciar tratamentos com o novo equipamento, o que conduziu inevitavelmente à redução dos tratamentos realizados bem como da complexidade dos mesmos;

• em relação aos medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório, verificou-se que com a publicação da Circular Normativa n.º 3/2021/DPS/ACSS, de 26/02/2021, vieram a ser incluídas nesta linha de produção algumas patologias que não se encontravam previstas anteriormente, nomeadamente aquando da contratualização externa entre o CHBM e a ARSLVT finalizada em janeiro 2021.

Em suma, a taxa de execução corresponde uma valorização da produção em 78.927.305,99€, conforme se apresenta no mapa resumo seguinte, respeitante à valorização de proveitos do Contrato-Programa para 2021, na perspetiva de execução da atividade assistencial.

ESTIMATIVA

PROVEITOS

CHBM Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE

Instituição: Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE
Período: 31-12-2021

	Contrato		Produção		Marginal			
	Quantidade	Valor (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Estimativa da Especialização	Taxa de Execução
1. Consultas Externas (Médicas):								
Nº 1ªs Consultas (s/ majoração)	24.335	1.119.410,00 €	23.956	1.101.976,00 €	0	0,00 €	1.101.976,00 €	98,4%
Nº 1ªs Consultas referenciadas (CTH)	14.414	735.114,00 €	11.007	561.357,00 €	0	0,00 €	561.357,00 €	76,4%
Nº 1ªs Consultas Telemedicina em Tempo Real	2.104	107.304,00 €	1.157	59.007,00 €	0	0,00 €	59.007,00 €	55,0%
Nº 1ªs Consultas CRI	1.275	65.025,00 €	1.201	61.251,00 €	0	0,00 €	61.251,00 €	94,2%
Nº 1ªs Consultas Descentralizadas (CSP/EP)	10	550,00 €	10	550,00 €	1	8,25 €	558,25 €	101,5%
Nº 1ªs Consultas Cuidados Paliativos	110	5.610,00 €	110	5.610,00 €	0	0,00 €	5.610,00 €	100,0%
Nº Consultas Subsequentes (s/ majoração)	102.162	4.699.452,00 €	102.162	4.699.452,00 €	10.216	70.490,40 €	4.769.942,40 €	101,5%
Nº Consultas Médicas Subsequentes Telemedicina em Tempo Real	18.886	963.186,00 €	1.015	51.765,00 €	0	0,00 €	51.765,00 €	5,4%
Nº Consultas Subsequentes CRI	3.648	186.048,00 €	3.617	184.467,00 €	0	0,00 €	184.467,00 €	99,2%
Nº Consultas Subsequentes Descentralizadas (CSP/EP)	15	825,00 €	3	165,00 €	0	0,00 €	165,00 €	20,0%
Nº Consultas Subsequentes Cuidados Paliativos	450	22.950,00 €	450	22.950,00 €	45	344,25 €	23.294,25 €	101,5%
Valor Total das Consultas		7.905.474,00 €		**6.748.550,00 €**		**70.842,90 €**	**6.819.392,90 €**	**86,3%**
2. Internamento:								
Nº Doentes Equivalentes								
GDH Médicos	9.498	20.136.470,45 €	8.875	19.662.358,38 €	0	0,00 €	19.662.358,38 €	97,6%
GDH Médicos Cuidados Paliativos	171	381.511,72 €	137	318.321,98 €	0	0,00 €	318.321,98 €	83,4%
GDH Médicos CRI	25	55.830,98 €	19	44.199,53 €	0	0,00 €	44.199,53 €	79,2%
GDH Cirúrgicos	1.736	3.679.907,30 €	1.323	2.931.076,07 €	0	0,00 €	2.931.076,07 €	79,7%
GDH Cirúrgicos CRI	25	55.830,98 €	7	16.284,04 €	0	0,00 €	16.284,04 €	29,2%
GDH Cirúrgicos Urgentes	1.555	3.131.738,54 €	1.488	3.131.738,54 €	155	32.622,28 €	3.164.360,82 €	101,0%
GDH Cirúrgicos Urgentes CRI	0	0,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0,0%
Dias de Internamento de Doentes Crónicos								
Doentes de Psiquiatria Crónicos no Hospital	0	0,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0
Doentes Psiquiatria no Exterior (Ordens Religiosas)	1.750	75.250,00 €	1.750	75.250,00 €	175	752,50 €	76.002,50 €	101,0%
Valor Total do Internamento		27.516.539,99 €		**26.179.228,54 €**		**33.374,78 €**	**26.212.603,32 €**	**95,3%**
3. Episódios de GDH de Ambulatório:								
GDH Cirúrgicos	3.543	6.378.276,89 €	3.209	5.776.994,23 €	0	0,00 €	5.776.994,23 €	90,6%
GDH Cirúrgicos CRI	0	0,00 €	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0,0%
GDH Médicos	5.867	3.394.425,01 €	5.408	3.128.864,92 €	0	0,00 €	3.128.864,92 €	92,2%
GDH Médicos CRI	15	9.112,51 €	15	9.112,51 €	1	91,13 €	9.203,64 €	101,0%
Valor dos GDH de Ambulatório		**9.781.814,42 €**		**8.914.971,66 €**		91,13 €	8.915.062,78 €	91,1%
4. Urgências:								
Atendimentos SU - Médico - Cirúrgica	107.499	5.611.447,80 €	107.499	5.611.447,80 €	0	0,00 €	5.611.447,80 €	100,0%
Atendimentos SU - Básica	22.036	925.512,00 €	22.036	925.512,00 €	0	0,00 €	925.512,00 €	100,0%
Valor Total dos Atendimentos Urgentes		6.536.959,80 €		6.536.959,80 €		0,00 €	6.536.959,80 €	100,0%
5. Sessões em Hospital de Dia:								
Base	15.941	334.761,00 €	15.707	329.847,00 €	0	0,00 €	329.847,00 €	98,5%
Imuno-Hemoterapia	1.568	484.512,00 €	1.568	484.512,00 €	97	4.495,95 €	489.007,95 €	100,9%
Psiquiatria	1.227	39.264,00 €	1.227	39.264,00 €	5	24,00 €	39.288,00 €	100,1%
Valor Total do Hospital de Dia		858.537,00 €		853.623,00 €		4.519,95 €	858.142,95 €	100,0%
6. Programas de gestão da doença crónica								
VIH/Sida (doentes em TARC)	880,0	5.277.360,00 €	872,4	5.231.902,74 €	0	0,00 €	5.231.902,74 €	99,1%
Hepatite C - Nº de doentes tratados	70,0	484.540,00 €	65,0	449.930,00 €	0	0,00 €	449.930,00 €	92,9%
Rastreio Cancro do Cólon e Reto	150,0	59.550,00 €	3,0	1.191,00 €	0	0,00 €	1.191,00 €	2,0%
Esclerose múltipla - doentes em terapêutica modificadora	65,0	804.700,00 €	57,8	715.935,40 €	0,0	0,00 €	715.935,40 €	89,0%
PSCI (Centros de Tratamento autorizados pela DGS)								
Doentes Novos (Cuidados 1ºAno)	10,0	15.470,00 €	6,9	10.705,24 €	0,0	0,00 €	10.705,24 €	69,2%
Doentes em Seguimento (Cuidados 2 ºAno e Seguintes)	60,0	65.520,00 €	60,0	65.520,00 €	7,9	8.648,64 €	74.168,64 €	113,2%
9. Saúde sexual e reprodutiva								
IVG até 10 semanas								
Medicamentosa (n.º IVG)	450	133.650,00 €	362	107.514,00 €	0	0,00 €	107.514,00 €	80,4%
Cirúrgica (n.º IVG)	5	1.935,00 €	1	387,00 €	0	0,00 €	387,00 €	20,0%
10. Sessões de Radioncologia								
Tratamentos Simples	11.000	1.210.000,00 €	10.456	1.150.160,00 €	0	0,00 €	1.150.160,00 €	95,1%
Tratamentos Complexos	16.500	4.356.000,00 €	10.312	2.722.368,00 €	0	0,00 €	2.722.368,00 €	62,5%
12. Serviços Domiciliários								
Consultas Domiciliárias	183	7.320,00 €	137	5.480,00 €	0	0,00 €	5.480,00 €	74,9%
Hospitalização Domiciliária	300	635.996,98 €	287	635.841,90 €	36	79.757,17 €	715.599,07 €	112,5%
15. Outros								
Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório		1.311.420,00 €		1.280.803,12 €			1.280.803,12 €	97,7%
Sistema de Atribuição de Produtos e Apoio		123.577,00 €		98.135,40 €			98.135,40 €	79,4%
Programa de Incentivo à Integração de Cuidados		339.677,00 €		45.610,24 €			45.610,24 €	13,4%
Internos		1.219.924,00 €		1.219.924,00 €			1.219.924,00 €	100,0%
16. Valor da Produção		68.645.965,19 €		62.974.741,04 €		197.234,56 €	63.171.975,60 €	92,0%
17. Custos de Contexto		15.755.330,39 €		15.755.330,39 €			15.755.330,39 €	100,0%
TOTAL		84.401.295,58 €		78.730.071,43 €		197.234,56 €	78.927.305,99 €	93,5%

Em conformidade com os anos anteriores o Contrato Programa do ano 2021 integra uma listagem de indicadores assistenciais, de qualidade e de eficiência económico-financeira, que o CHBM deve cumprir para efetivo financiamento dos incentivos institucionais no montante de 4,4 M€.

Esta componente do incentivo manteve os pressupostos de anos anteriores, ou seja, corresponde a 5% do valor do Contrato Programa, dos quais 60% está associado a objetivos de acesso, 20% a objetivos de desempenho assistencial e 20% a objetivos de desempenho económico-financeiro, todos comuns a nível nacional.

As metas foram negociadas entre a ARSLVT e o CHBM, de acordo com uma metodologia nacional, procurando contribuir para o acréscimo de justiça e de equidade e para a minimização de eventuais discrepâncias de avaliação entre instituições. Esta negociação ocorreu antes da terceira vaga da Pandemia por COVID-19, não tendo ocorrido qualquer ajustamento posterior, nomeadamente revisão dos objetivos assistenciais contratualizados em dezembro 2021. Neste sentido, algumas das metas ficaram desajustadas, sendo inalcançáveis perante a atual situação epidemiológica, que comprometeu os tempos de resposta para consulta e cirurgia, não obstante o esforço e melhoria alcançada no ano 2021 face a 2020.

Assim, considerando os indicadores e metas contratualizadas para o ano de 2021, e os valores disponibilizados em SICA até à data, apurou-se uma execução de 102,5% dos objetivos contratualizados, o que se traduz na atribuição de um montante de incentivos de 4.442.173,45€, conforme se detalha no quadro seguinte.

Q1 - Índice Desempenho Global

Instituição: Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE
Periodo Análise: Dezembro 2021

Objectivos	Peso Relativo Indicador (%)	2021			2021		2020
		Meta	Real	Grau de Cumprimento (%)	Grau de Cumprimento Ajustado (%)	Índice de Desempenho	Real
Objectivos Nacionais	100						
Acesso	60					61,5	
Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	10	75,8	55	72,6	72,6	7,3	58,3
Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)	10	75	88,3	117,7	117,7	11,8	76,4
Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG	10	50	63,8	127,6	120,0	12,0	40,0
Percentagem de doentes operados dentro do TMRG	10	75	76,4	101,9	101,9	10,2	81,2
Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	10	63,8	64,5	101,1	101,1	10,1	66,9
Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA em tempo adequado (até 2 dias úteis) após a referenciação, no total de doentes referenciados para a RNCCI	10	87,4	88,6	101,4	101,4	10,1	85,3
Desempenho Assistencial	20					21,1	
Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de Diagnóstico	3	3,7	2,62	129,2	120,0	3,6	3,11
Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório (GDH), para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	3	0,5	1,9	380,0	120,0	3,6	0,0
Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	3	27,6	22,4	81,2	81,2	2,4	24,50
Índice de Mortalidade Ajustada	4	1,5000	1,484	101,1	101,1	4,0	1,434
Índice de Demora Média Ajustada	4	1,1700	1,075	108,1	108,1	4,3	1,152
Demora média antes da cirurgia	3	1,04	1	103,8	103,8	3,1	1,1
Desempenho económico-financeiro	20					19,9	
Gastos operacionais por doente padrão	5	Valor do melhor do grupo			87,9	4,4	4.723,30
Doente padrão por Médico ETC	5	60	61,3	102,2	102,2	5,1	16,4
Doente padrão por Enfermeiro ETC	5	28	29,8	106,4	106,4	5,3	8,5
Percentagem de Gastos com Trabalho Extraordinário, Suplementos e FSE (Selecionados), no Total de Gastos com Pessoal	5	19	18,8	101,05	101,1	5,1	18,3
Índice de Desempenho Global						102,5	
Valor Incentivos Contratados (€)						4.442.173,45 €	
Valor Incentivos Realizados (€)						4.442.173,45 €	

Para o indicador assinalado a amarelo, e não existindo informação disponível, foi considerada a % de execução do IDG mais elevada últimos 3 anos (87,9%).

Os objetivos económico-financeiros estão diretamente relacionados com o valor do Contrato Programa do Centro Hospitalar estabelecido para 2021 que foi de 88.843.469,00€, dos quais 68.645.965,16€ relativamente à produção contratualizada, 4.442.173,45€ de incentivos institucionais e 15.755.330,39€ para custos de contexto.

A estimativa de proveitos tendo por base a atividade desenvolvida em 2021, apresenta uma execução de 93,5% da Produção contratada (incluindo Custos de Contexto) e 102,5% dos incentivos institucionais, conforme evidenciado nos quadros apresentados, o que representaria o valor financeiro dos proveitos de 83,3 milhões de euros. Todavia, a Circular Normativa nº 6/2019/ACSS de 21 de março, veio estabelecer novas instruções para normalização dos registos contabilísticos associados à execução dos Contratos Programa, tendo a ACSS estabelecido para o ano de 2021 uma taxa de execução dos rendimentos provenientes da produção ligeiramente inferior à taxa de execução apurada no exercício (95,7%) e dos rendimentos provenientes dos incentivos institucionais inferior à apurada (87,9%), obtendo-se assim um rendimento global de 85,3 milhões de euros (incluindo Custos de Contexto), superior ao valor executado em sede de Contrato Programa de 2021 em cerca de 1,9 milhões de euros.

O CHBM mantém como objetivo proceder ao encerramento dos Contratos-Programa dos anos anteriores, por forma a atenuar as diferenças resultantes da nova metodologia definida pela ACSS para contabilização dos proveitos do Contrato-Programa (Circular Normativa N.6/2019/ACSS, de 21/03/2019).

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

Os fatores chave de que dependem os resultados de um Hospital EPE estão relacionados com a atividade assistencial prestada, nomeadamente na possibilidade de resolução de listas de espera para consultas externa e cirurgia, a partir das quais se desenvolve o volume de atividade de consulta, cirurgia e internamento. Todavia, o ano 2021 é o segundo ano do intenso combate à pandemia Covid-19, sendo o CHBM uma das instituições do Serviço Nacional de Saúde que contribuiu para o tratamento da doença e estabilização da saúde pública nacional. Assim, na continuidade do ano 2020, o CHBM manteve a sua resiliência e perseverança para acompanhar a situação excecional da pandemia por contágio de COVID-19, o que exigiu a todos os profissionais presentes no CHBM, dar continuidade e incrementar medidas extraordinárias para tratamento dos doentes com a patologia SARS-Cov-2.

Resumidamente o primeiro trimestre do ano 2021 do CHBM foi priorizado no combate à doença por COVID-19, fase que atingiu o volume máximo de doentes internados em fevereiro 2021 (159 doentes), reduzindo a intensidade do vírus no período de Primavera Verão, reajustando a restante atividade clínica programada e urgente, sempre em função da intensidade da pandemia.

O Serviço de Urgencia Geral do Hospital do Barreiro manteve-se como a principal porta de entrada de doentes Covid, para o efeito e em cumprimento das normas de segurança preconizadas pela Direção Geral de Saúde, sempre separado em duas áreas distintas: o atendimento de doentes respiratórios (mantendo-se a localização no espaço original do Serviço) e o atendimento de doentes não respiratórios (passando a localizar-se em metade do espaço da Unidade Funcional da Consulta Externa ocupando 14 gabinetes). Só após a conclusão da reabilitação das obras de reabilitação da urgência para criar uma aérea específica para doentes respiratórios foi possível libertar a Unidade Funcional da Consulta Externa, retomando enfim a atividade programada de consulta externa em meados de maio 2021.

A partir do afluxo da urgência, essencialmente de doentes Covid, ao longo do ano foram abrindo e fechando unidades internamento dedicados a doentes Covid, ou seja, Áreas Dedicadas aos Doentes Respiratórios – ADR, atingindo o máximo de 6 enfermarias no mês de fevereiro (160 camas) e nos restantes meses do ano permaneceram sempre uma ou duas enfermarias para estes doentes (entre 30 a 60 camas).

Mantendo o foco nos objetivos inicialmente estabelecidos para o ano 2021, no sentido de incrementar a atividade cirúrgica, privilegiou-se os cuidados prestados em ambulatório, incentivando-se a transferência de cuidados cirúrgicos em regime de internamento para atividade cirúrgica de ambulatório, uma vez que as enfermarias cirúrgicas estavam também adstritas a ADR, alcançando-se um aumento assistencial de 33% doentes intervencionados face ao no 2020.

Dois dos fatores críticos do ano 2021 foram a vacinação dos profissionais e a realização no CHBM dos testes ao vírus SARS-CoV-2.

A 29 dezembro 2020 iniciou-se a vacinação Covid-19 dos profissionais do CHBM, bem como a de prestadores de serviços em permanência na instituição. Esta atividade estendeu-se até 8 fevereiro de 2022, tendo sido realizadas cerca de 5070 inoculações atingindo-se uma taxa de cobertura vacinal com a 2ª dose de 86,8% dos profissionais. A vacinação permitiu contribuir para a segurança e confiança dos profissionais nos tratamentos de doentes Covid e redução do risco de contágio em meio hospitalar, mas principalmente o contágio no exterior, que muito contribuiu para o absentismo dos profissionais.

A oferta em microbiologia para testes ao vírus SARS-CoV-2 foi evoluindo em linha com a evolução da pandemia desde 2020, iniciando-se a realização de testes RT-PCR em entidades externas (Hospitais do SNS e INSA), alargou-se a oferta com a disponibilização de testes de antigénio realizados no CHBM e em outubro 2020 iniciou-se a realização de testes RT-PCR no laboratório de Patologia Clínica do CHBM. Ao longo de 2021 a internalização dos testes foi crescendo, reduzindo o pedido de testes RT-PCR ao exterior, concluindo-se o ano de 2021 com 99,8% dos testes realizados no CHBM.

A pandemia Covid foi determinante para os resultados económico-financeiros da instituição, porque a valorização da atividade assistencial do CHBM manteve-se assente no mesmo modelo de financiamento dos hospitais EPE, através da celebração anual de um contrato programa no qual cerca de 98% dos proveitos resulta da produção realizada a doentes do Serviço Nacional de Saúde, atividade esta que não refletiu a imprevisibilidade assistencial do ano 2021, principalmente dos 3 primeiros meses do ano, período avassalador da incidência covid-19. Assim, os acionistas, Ministério da Saúde e Ministério das Finanças, não consideraram a especificidade do tratamento dos doentes Covid, não ajustaram os indicadores de desempenho à nova realidade, em suma limitaram de imediato os resultados dos indicadores inerentes à verba de incentivos.

Ao nível dos Consumos os gastos com material de consumo clínico e consumo hoteleiro, naturalmente manteve-se elevado por associação a gastos da pandemia Covid-19, com a aquisição de material de proteção individual, de detergentes e desinfetantes e substituição de roupa hospitalar.

Os principais desvios face ao orçamento previsto para 2021 está nas rubricas de fornecimentos e serviços e de gastos com pessoal, devendo-se à adoção de medidas de reforço de recursos humanos para as áreas da Urgência Geral (Covid-19), Urgência Interna de Medicina, Serviços de internamento (Covid-19) e Unidade de Cuidados Intensivos com o recurso a profissionais de empresas externas ao Centro Hospitalar (incluindo o transporte de doentes e a prestação de serviços por profissionais) e ainda a um elevado volume de trabalho extraordinário e a noites e suplementos, principalmente no primeiro

trimestre do ano, bem como a contratação de 25 novos profissionais de saúde ao abrigo das medidas de combate à pandemia Covid-19.

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

Constitui política do Centro Hospitalar estabelecer um compromisso sério entre a prestação de cuidados de saúde de qualidade e a garantia da sustentabilidade económica e financeira, num ambiente de dinâmica da economia portuguesa alinhada com as expectativas dos profissionais e utentes em melhorar a prestação de cuidados.

Todavia, no ano 2021 manteve-se o cenário macroeconómico desfavorável, imprevisível e desafiador, em constante Estado de Emergência de Saúde Pública, decretado continuamente pela Presidência da República, "ocasionada pela epidemia da doença COVID-19, tornando-se imperiosa a previsão de medidas para assegurar o tratamento da mesma, através de um regime adequado a esta realidade, que permita estabelecer medidas excecionais e temporárias de resposta à epidemia".

Iniciado em 18 março 2020, e em continuidade para 2021 o Estado de Emergência Nacional, o Centro Hospitalar foi desenvolvendo a sua atividade assistencial atuando em conformidade com as normas da Direção Geral da Saúde, e os diplomas de orientação específicos emanados para o Ministério da Saúde, continuamente revistos e atualizados, em função da intensidade e mitigação da epidemia pelo vírus SARS-CoV-2. De entre as dezenas de normativos orientadores no exercício da atividade operacional das instituições de saúde, destacam-se o Despacho nº 574-A/2021 da Sra. Ministra da Saúde, de 13 janeiro, que "determina que os estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de saúde passem os seus planos de contingência para o nível máximo e suspendam a atividade assistencial programada não urgente que possa reverterem reforço de cuidados aos doente crítico" e ainda o Decreto-Lei nº 10-A/2021 de 2 fevereiro, que "estabelece os mecanismos excecionais de gestão de profissionais de saúde para realização de atividade assistencial, no âmbito da pandemia da doença covid-19"; a Direção Geral da Saúde emite a Norma nº 2 /2021, a 30 janeiro, com Fase 1 da Campanha de Vacinação contra a Covid-19 e sucessivas atualização ao longo do ano, bem como diversas orientações quanto à estratégia nacional de testes para SARS-Cov-2, mantendo-se em vigor todas as normas de orientação da DGS criadas no ano 2020, sucessivamente atualizadas em função da situação pandémica.

Esta conjuntura manteve a duplicação de equipas, nas áreas de atividade que obrigavam a ter circuitos separados entre doentes respiratórios e não respiratórios, com os profissionais de saúde a reformularem e a adaptarem-se continuamente aos espaços físicos de prestação de cuidados, identificar alternativas quando escasseavam recursos humanos e recursos materiais (equipamentos de proteção individual) principalmente no primeiro trimestre do ano, período muito exigente em que a resiliência de todos os profissionais foi crucial para responder aos níveis procura a que o SNS esteve sujeito, no sentido de garantir a resposta adequada ao plano nacional de combate à pandemia.

A finalizar o ano 2021, a Proposta de Lei n.º 116/XIV/3 – que aprovaria o Orçamento do Estado para 2022 foi rejeitada na votação na generalidade em 27 de outubro de 2021, sendo dissolvida a Assembleia da República com o Decreto do Presidente da República n.º 91/2021 de 5 dezembro, preconizando para o inicio do ano 2022 um regime excecional, por duodécimos, uma vez que permanece em vigor o Orçamento do Estado 2021, que implica limites mensais à despesa realizada.

III. Estrutura de Capital

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

O Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com um Capital Estatutário atual de € 105.180.000,00, totalmente detido pelo Estado e é aumentado ou reduzido por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e saúde.

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

O Capital é detido a 100% pelo Estado, não estando o mesmo repartido por ações.

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

O Capital é detido a 100% pelo Estado, não estando o mesmo repartido por ações.

IV. Participações Sociais e Obrigações detidas

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

Os membros dos órgãos sociais não detêm qualquer participação noutras sociedades.

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.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).**

O CHBM, EPE enquanto instituição prestadora de cuidados de saúde detém uma participação como associado nos Serviços de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH), com uma quota mensal de 250 €. Não detém outras participações.

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

Os membros do órgão de administração e de fiscalização não detêm ações e obrigações.

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

Não existe relações de natureza comercial entre os titulares de participações e a entidade.

V. Órgãos Sociais e Comissões

A. Modelo de Governo

1. Identificação do modelo de governo adotado

De acordo com os Estatutos, publicados em anexo ao Decreto-lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 244/2012 de 9 de novembro, são órgãos sociais do Centro Hospitalar, o Conselho de Administração, o Conselho Fiscal e o Conselho Consultivo, cuja composição, mandato e competências são reguladas pelo referido diploma.

Nos termos do disposto nos Estatutos mencionados, o Conselho de Administração é composto pelo Presidente e quatro Vogais, que exercem funções executivas, sendo um dos membros o Diretor Clínico e o outro Enfermeiro-Diretor.

O mandato dos membros do conselho de Administração tem a duração de três anos e é renovável, até ao máximo de dois mandatos consecutivos, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo da renúncia a que houver lugar.

Além dos órgãos de administração, os hospitais contam ainda com os órgãos de apoio técnico, de fiscalização, de consulta e de auditoria.

O Conselho fiscal é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do Centro Hospitalar.

O Revisor Oficial de Contas é nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável por uma única vez. Compete ao revisor oficial de contas o dever de proceder a todos os exames e verificações necessários à revisão e certificação legais das contas.

O Serviço de Auditoria Interna tem como missão verificar a existência, o funcionamento e a eficácia do modelo de controlo dos riscos de gestão e dos sistemas de controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, através de um acompanhamento objetivo, independente, sistemático e contínuo.

O Conselho Consultivo tem como competências apreciar os planos de atividade de natureza anual e plurianual e as informações que tiver por necessárias para o acompanhamento da atividade do Hospital, bem como emitir recomendações, tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis.

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 entidade deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).

De acordo com os estatutos dos Hospitais E.P.E., o CHBM não dispõe de Assembleia Geral.

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.

De acordo com os estatutos dos Hospitais E.P.E., o CHBM não dispõe de Assembleia Geral.

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 estatutários e legais, a nomeação dos membros do Conselho de Administração é feita mediante resolução do Conselho de Ministros, devidamente fundamentada e publicada no Diário da República, juntamente com uma nota relativa ao currículo académico e profissional do designado, sob proposta dos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e pelo respetivo sector de atividade.

Nos termos do ponto anterior, o Conselho de Administração tem a composição definida no regime jurídico e estatutos dos hospitais e centros hospitalares de natureza empresarial, integrados no SNS.

O Conselho de Administração em funções, foi nomeado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 61/2019 de 21 de março, (Diário da República, 1ª Série nº 63 de 29 de março de 2019), por um mandato de três anos, renovável uma única vez, na qual estão publicitadas as sinopses curriculares dos respetivos membros.

Foi assegurado a continuidade de funções de três dos elementos do anterior Conselho de Administração (o Presidente, a vogal executiva e o enfermeiro diretor).

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

O Conselho de Administração é composto pelo Presidente e um máximo de quatro Vogais, que exercem funções executivas, incluindo o Diretor Clínico e o Enfermeiro Diretor.

Para além das competências próprias do Conselho de Administração previstas no artigo 7.º dos Estatutos, das específicas do Presidente do Conselho de Administração, do Diretor Clínico e do Enfermeiro Diretor, previstas, respetivamente, nos artigos 8.º, 9.º e 10.º dos referidos Estatutos, a cada um dos membros do Conselho de Administração foi atribuída a responsabilidade de pelouros, através de delegação de competências, publicadas em Diário da República, 2ª série, nº 80 de 24 de abril de 2019, mediante Deliberação n.º 470/2019.

No Presidente do Conselho de Administração, Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes, para além das competências próprias e da coordenação genérica de todas as áreas, a coordenação da Comissão de Catástrofe e de Emergência, da Comissão de Segurança contra Incêndios, do Serviço de Recursos Humanos, do Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação, do Gabinete Jurídico, do Gabinete de Comunicação e Imagem e do Serviço de Auditoria Interna.

Na Vogal Executiva do Conselho de Administração, Dra. Sónia Maria Alves Bastos, a coordenação do Serviço de Gestão de Doentes, do Serviço de Aprovisionamento, da Comissão de Normalização de

Produtos e Equipamentos, da Comissão de Acompanhamento da Prevenção da Corrupção, do Serviço Social, do Serviço Espiritual e Religioso e do Gabinete de Planeamento e Controlo.

No Vogal Executivo do Conselho de Administração, Dr. João Pedro Mendes dos Santos, a coordenação dos Serviços Financeiros, do Serviço de Instalações e Equipamentos, do Centro de Educação e Formação e do Gabinete de Gestão da Qualidade.

Na Diretora Clinica e Vogal Executiva do Conselho de Administração, Dra. Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier, para além das competências próprias inerentes à direção médica e à governação clínica nos serviços, departamentos, unidades de ação médica e de diagnóstico e terapêutica, Comissão de Ética, Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar (GCL -PPCIRA), Comissão de Higiene e Segurança no Trabalho, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Coordenação Oncológica, Comissão Técnica de Certificação de Interrupção da Gravidez, Comissão Médica, Direção Internato Médico, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Equipa de Gestão de Altas, Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, Equipa de Trauma, Equipa da Unidade Coordenadora Funcional da Saúde Materna e Neonatal, Equipa da Unidade Coordenadora Funcional da Saúde da Criança e do Adolescente, Equipa de Suporte Intra-Hospitalar em Cuidados Paliativos, Grupo Coordenador Institucional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho, Comissão de Hemoderivados, Comissão de Antimicrobianos, Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, a coordenação do Serviço de Saúde Ocupacional, do Serviço de Farmácia, do Serviço de Nutrição e Dietética, Unidade de Psicologia e do Gabinete de Codificação e Auditoria Clinica.

No Enfermeiro Diretor e Vogal Executivo do Conselho de Administração, Enfº. António Manuel Silva Viegas, para além das competências próprias que compreendem a direção técnica da atividade de enfermagem, gestão dos enfermeiros e assistentes operacionais em funções nos serviços assistenciais, a coordenação do Serviço de Gestão Hoteleira.

O Presidente do Conselho de Administração nas suas faltas e impedimentos será substituído pela Vogal Executiva, Dra. Sónia Maria Alves Bastos. Nos termos do disposto no artigo 46.º do Código do Procedimento Administrativo, os membros do Conselho de Administração estão autorizados a subdelegar as competências acima delegadas no pessoal dirigente ou de chefia que deles diretamente dependa.

No que concerne ao modo de funcionamento do Conselho de Administração, nos termos dos referidos Estatutos, bem como do Regulamento Interno do CHBM, aquele reúne semanalmente e sempre que convocado pelo Presidente, ou por solicitação de dois dos seus membros, ou do Conselho Fiscal, através do Presidente. Compete ainda ao Presidente a convocação das reuniões extraordinárias, sendo a isso obrigado desde que, pelo menos dois dos seus membros lhe solicitem, indicando o assunto que desejam ver tratado.

Conselho de Administração						
Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação		Remuneração	
			Doc.	Data	Entidade Pagadora	[O / D]
22/03/2019 a 31/12/2021	Presidente	Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	RCM nº 61/2019	21-03-2019	CHBM	D
22/03/2019 a 31/12/2021	Vogal	Sónia Maria Alves Bastos	RCM nº 61/2019	21-03-2019	CHBM	D
22/03/2019 a 31/12/2021	Vogal	João Pedro Mendes dos Santos	RCM nº 61/2019	21-03-2019	CHBM	D
22/03/2019 a 31/12/2021	Directora Clínica	Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	RCM nº 61/2019	21-03-2019	CHBM	O
22/03/2019 a 31/12/2021	Enfº Director	António Manuel Silva Viegas	RCM nº 61/2019	21-03-2019	CHBM	D

Número estatutário mínimo e máximo de membros – [4 / 5]

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 aplicável, o CHBM não tem membros não executivos.

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

Notas curriculares

Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes, nascido a 26 de setembro de 1970, natural da cidade da Guarda. Habilitações Académicas: [2015] Curso de Alta Direção em Gestão de Unidades de Saúde, Instituto de Formação e Consultoria, Instituto Superior de Ciências Sociais e Politicas, Universidade de Lisboa; [2002] Curso de Formação Profissional de Formação Pedagógica Inicial, SOPROFOR — Sociedade Promotora de Formação, Lda.; [1999] Especialização em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; [1997] Curso de Informática, CIDEC — Centro Interdisciplinar de Estudos Económicos; [1995] Licenciatura em Direito, Universidade Autónoma de Lisboa. Habilitações Profissionais: [2004 -2009] Formador, certificado pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional; [1998] Advogado, com cédula profissional emitida pelo Conselho Distrital de Coimbra da Ordem dos Advogados. Experiência Profissional: [2014 -2016] Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.; [2013 -2014] Responsável da Unidade de Apoio à Gestão, Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.; [2009 -2013] Responsável pela contratualização e acompanhamento das Unidades Locais de Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.; [2008 -2009] Diretor do Serviço de Gestão de Doentes, HPP, Hospital de Cascais S. A.; [2006 -2008] Administrador do Serviço de Gestão de Doentes, Administrador do Departamento das Neurociências e do Hospital de Dia das Especialidades Médicas, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E.; [2000 -2006] Administrador do Serviço de Gestão de Doentes, Responsável pelo Gabinete de Estatística e Corresponsável pelo Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão, Hospital de Curry Cabral, SPA; [1999 - 2000] Assessor do Conselho de Administração, Hospital Distrital de Faro, SPA; [1998 -1999] Advogado. Outros: Coautor de publicações na área da saúde; Arguente de

trabalhos de campo elaborados por alunos do Curso de Especialização em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; Orientador local de trabalhos finais da licenciatura de Gestão em Saúde, Universidade Atlântica; Orientador local de trabalho final da licenciatura de Estatística e Gestão de Informação, Universidade Nova de Lisboa; Membro Fundador da Portuguese Association for Integrated Care (PAFIC).

Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier, nascida a 1 de março de 1959. Educação, Formação e Carreira: Licenciatura em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa (1983), Especialista em Medicina Interna (1992), Especialista em Oncologia Médica (1997), Grau de Consultora/Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna (1999), Especialista em Medicina do Trabalho (2000), conclusão 1.º Curso de Mestrado em Engenharia da Saúde (2000) e Curso de Gestão de Unidades de Saúde (2002) realizados na Universidade Católica Portuguesa, Competência em Gestão de Unidades de Saúde (2003).

Experiência Profissional e outras atividades: Responsável da Unidade Funcional de Oncologia Médica (UFO) do Centro Hospitalar Barreiro/Montijo (CHBM) desde março 2016 e Responsável pela Coordenação da Unidade de Gestão da Doença Oncológica do CHBM desde maio 2016 e do Sistema de Alerta Oncológico desde 2017. Adjunta do Diretor Clínico Hospital do Barreiro (área de Consulta Externa e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica de março de 2003 a outubro de 2005). Médica na UFO do CHBM desde março de 1994, no Serviço de Medicina Interna de 1985 a 1994 e Médica nos Hospitais Civis de Lisboa de 1984 a 1985.Médica do Trabalho na Siderurgia Nacional de 1991 a 1995, sendo Responsável do Serviço de 1993 a 1995 e Médica do Trabalho na Quimigal/Barreiro de 1986 a 1987 e de 1989 a 1990. Representante Médica de Portugal na Comunidade Europeia do Carvão e do Aço de 1993 a 1995. Autora e Coautora de diversas comunicações científicas em congressos e reuniões científicas e publicações na área da Medicina entre os vários que participou. Participação em grupos de trabalho e comissões: Membro da Comissão Técnica Médica para a Unidade Oncológica do Hospital do Barreiro 1994. Vogal da Comissão de Farmácia e Terapêutica do CHBM desde 2016. Membro da Comissão de Coordenação Oncológica do CHBM desde 2016. Orientadora de formação de vários internos das Especialidades de Medicina interna e Oncologia Médica e participação como Presidente/Vogal de júri em concursos exames de saída das referidas especialidades e concursos de provimento em vagas das mesmas.

João Pedro Mendes dos Santos, nascido a 21 de março de 1967, natural de Benavente. Educação e formação académica: Licenciatura em Gestão de Empresas pelo Instituto Superior de Gestão (1991); Pós-Graduação em Contabilidade e Fiscalidade pela Universidade Lusófona (1999). Curso "O Saber Liderar" — Desenvolvimento em Liderança, pela Universidade Católica Portuguesa (2006). Habilitações Profissionais: Contabilista Certificado, inscrito na Ordem dos Contabilistas Certificados desde 1991. Experiência Profissional: Diretor Financeiro do Grupo Turim Hotels (2016 -2019); Consultor Financeiro (2013 -2015); Diretor Financeiro da Recigroup, SGPS, S. A. — Recipneu, Lda. e Recipav, Lda. (2009 - 2013); Diretor Financeiro da Marmetal, Lda. e Margrimar, Lda. (2010 -2012); Diretor Financeiro da Smith & Nephew, Lda. (1999 -2009); Diretor Financeiro da BSN Medical, SA. (2001 -2009); Diretor Financeiro da Fernandes & Terceiro, Lda. (1996 -1999); Responsável pelo Departamento Controle de Gestão da Schneider Electric Portugal (1995 -1996); Controller na Terrazul, SGPS, S. A. — Grupo Ciment Français (1993 -1995);Técnico de Auditoria na BL & C — Auditores e Consultores, Lda. (1991 -1993)

Sónia Maria Alves Bastos, nascida a 10 de novembro de 1972. Educação e formação académica: Licenciatura em Gestão e Administração Pública pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da

Universidade Técnica de Lisboa (1995); Curso de Gestão de Unidades de Saúde pela Escola de Pós Graduação da Faculdade de Ciências Económicas e Empresariais da Universidade Católica Portuguesa (2000); FORGEP — Programa de Formação em Gestão Pública pelo Instituto Nacional de Administração (2008); Mestrado em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde pela Universidade de Évora (2008); Curso de Alta Direção em Gestão de Unidades de Saúde para Gestores pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Politicas da Universidade Técnica de Lisboa (2015). Experiência Profissional: Diretora do Departamento de Planeamento e Contratualização da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (desde Maio de 2012); Diretora do Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (2007 -2012); Técnica Superior da equipa de negociação de Contratos Programa com os Hospitais do Serviço Nacional de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (2004 -2007); Técnica Superior no Gabinete de Gestão do Programa Operacional Saúde (Saúde XXI) do 3.º Quadro Comunitário de Apoio (2002 -2004); Técnica Superior na Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (1998 -2001). Docente da Unidade Curricular "Administração em Saúde" dos cursos superiores de Dietética e Cardiopneumologia (2002 -2007) e do módulo de "Gestão Aplicada" para o Curso de Pós-Graduação em Gestão dos Serviços de Saúde (2004) na Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa. Membro de várias comissões e grupos de trabalho, sob a égide do Ministério da Saúde e da Administração Central do Sistema de Saúde, nomeadamente: Grupo de Acompanhamento dos Hospitais (2016); Comissão de Acompanhamento do processo de devolução dos hospitais das misericórdias (2016 -2014); Grupo de Trabalho para o desenvolvimento da contratualização no âmbito dos cuidados continuados integrados (2014); Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização com os Cuidados de Saúde Primários (2009).

António Manuel Silva Viegas, nascido a 02 de fevereiro de 1957. Educação, Formação e Carreira: Licenciatura em Administração de Serviços de Enfermagem pela Escola de Enfermagem Maria Fernanda Resende (1998); Especialista em Enfermagem de Saúde Pública (1986); Pós-graduação em Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem na Escola de Enfermagem Maria Fernanda Resende (1992); Enfermeiro-Chefe (desde 2000). Experiência Profissional: Enfermeiro-chefe do serviço de Ortopedia e Neurologia do Centro Hospitalar Barreiro/Montijo (desde abril de 2011). Enfermeiro Chefe do serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar Barreiro/ Montijo (2000 -2011). Coordenador do Departamento Cirúrgico do Centro Hospitalar Barreiro/ Montijo (2000 -2003). Enfermeiro -diretor do serviço de Enfermagem (1997 -2000); Enfermeiro Coordenador do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital N.ª Sr.ª Rosário -Barreiro (1995 -1997); Enfermeiro Especialista do serviço de internamento do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital N.ª Sr.ª Rosário – Barreiro (1990 -1995); Enfermeiro -Professor na Escola de Serviço de Saúde Militar (1983 -1990); Enfermeiro de Marinha (1978 -1990); Assistente Convidado da Escola Superior de Enfermagem Egas Moniz (2003 -2011); Vogal da Direção da Clínica FRATER -IPSS no Barreiro (2010 -2013)

Os elementos curriculares dos membros do Conselho de Administração atual poderão ser consultados no endereço que se segue:

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/499/nomeacao_ca19.pdf

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

Em cumprimento do disposto no n.º 9 do artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, cada um dos membros do Conselho de Administração procedeu ao depósito, na Procuradoria-Geral da República, da respetiva "declaração de inexistência de incompatibilidades e impedimentos dos titulares de cargos políticos e altos cargos públicos" prevista no artigo 11.º da Lei n.º 64/93 de 26 de agosto.

Por outro lado, e em cumprimento do disposto nos artigos 1.º e 2.º da Lei n.º 4/83, de 2 de abril, com a redação dada pela Lei n.º 25/95, de 18 de agosto, bem como do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Regulamentar n.º 1/2000, de 9 de março, cada membro do Conselho de Administração remeteu ao Tribunal Constitucional, a respetiva "declaração de património, rendimentos e cargos sociais".

Em observância das disposições legais vigentes, designadamente, o n.º 7 do artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 71/2007 de 27 de Março, republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012 de 18 de Janeiro, bem como o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 de 3 de Outubro, os membros do órgão de administração não têm relações de natureza comercial com o CHBM, agem de forma isenta e abstêm-se de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, nomeadamente na aprovação de despesas por si realizadas, não detêm participações sociais noutras entidades de natureza associativa ou fundacional e não exercem funções de natureza incompatível noutras empresas (declarações em anexo).

No que respeita ao estabelecido no art.º n.º 52.º da mesma legislação, relativamente às participações patrimoniais, remete-se em anexo as devidas declarações, todas remetidas aos órgãos superiores.

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.

O Capital é detido a 100% pelo Estado, não estando o mesmo repartido por ações.

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

Organograma CHBM

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/organograma_chbm22.pdf

Delegação de competências do Conselho de Administração

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/327/CA_delegacao_competencias19.pdf

8. Caraterização 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;

No decurso do ano de 2021, foram realizadas cinquenta e quatro reuniões de Conselho de Administração atual, com o seguinte grau de assiduidade:

De acordo com o Regulamento Interno, os órgãos de apoio técnico do CHBM constituem-se como comissões técnicas para atuação em matérias especializadas. O Centro Hospitalar dispõe das seguintes comissões técnicas:

a) A Comissão Médica;
b) A Comissão de Enfermagem;
c) A Comissão de Ética;
d) A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente;
e) A Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar;
f) A Comissão de Farmácia e Terapêutica;
g) A Comissão de Coordenação Oncológica;
h) Direção do Internato Médico

(Comissão Médica)

1 - A Comissão Médica é presidida pelo Diretor Clínico e deverá acompanhar e avaliar, periodicamente e de modo sistemático, a atividade clínica, designadamente os aspetos relacionados com o exercício da medicina.

2 - A Comissão Médica, para além do Diretor Clínico, integra os adjuntos do Diretor Clínico e os Diretores ou Médicos responsáveis pelos serviços de Ação Médica.

3 - A Comissão Médica funciona em plenário que reunirá ordinariamente de quatro em quatro meses por convocação do seu presidente, sem prejuízo de poder funcionar em comissões especializadas, de âmbito restrito, sempre que tal se mostre necessário.

4 - Foram desenvolvidas pela comissão médica as seguintes atividades:

a) Fomentar a cooperação entre os serviços de ação médica e entre estes e os restantes;
b) Apreciar os aspetos do exercício da medicina hospitalar que envolvam princípios de deontologia médica;
c) Dar parecer sobre as queixas e reclamações que sejam formuladas acerca da correção técnica e profissional da assistência prestada aos doentes.

(Comissão de Enfermagem)

1 - A Comissão de Enfermagem é presidida pelo Enfermeiro-Diretor, competindo-lhe apreciar os aspetos relacionados com o exercício da enfermagem no Hospital e avaliar periodicamente e de modo sistemático a atividade desenvolvida neste sector e a formação dos profissionais.

2 - A Comissão de Enfermagem, para além do seu Presidente, é constituída pelos adjuntos do Enfermeiro-Diretor e pelos Enfermeiros Chefes ou Enfermeiros Coordenadores de unidades do Hospital.

3 - A Comissão de Enfermagem funciona em plenário que reunirá ordinariamente uma vez por mês, por convocação do seu Presidente, sem prejuízo de poder funcionar em comissões especializadas, de âmbito restrito, sempre que tal se mostre necessário.

Membro do Conselho de Administração		Grau de Assiduidade (%)
Presidente	Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	91%
Vogal Executivo	Sónia Maria Alves Bastos	89%
Vogal Executivo	João Pedro Mendes dos Santos	94%
Directora Clinica	Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	78%
Enfº Director	António Manuel Silva Viegas	93%
TOTAL REUNIÕES REALIZADAS		54

As deliberações são tomadas por votação normal. São tomadas por escrutínio secreto as deliberações que envolvam a apreciação do comportamento ou das qualidades de qualquer pessoa, no âmbito das competências do Conselho de Administração.

Não devem estar presentes nos momentos da discussão e votação os membros do Conselho de Administração que se encontrem ou se considerem impedidos.

Salvo por motivos de impedimento previsto na lei, aos membros do Conselho de Administração não é admitida a abstenção, devendo votar primeiramente os vogais e por fim o presidente. Os membros do Conselho de Administração podem fazer constar da ata o seu voto vencido e as razões que o justificam.

De cada reunião é lavrada a respetiva ata, que é aprovada na reunião seguinte.

O Presidente é substituído, nas suas ausências e impedimentos, pelo Vogal que este designar.

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

Não existem cargos exercidos em simultâneo em outras entidades.

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

Preceitua o n.º 2 do mesmo art.º 6.º do Decreto-Lei n.º 7/2007 de 27 de março, republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012 de 18 de janeiro, que, nas entidades públicas empresariais, a avaliação do desempenho compete aos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e área da saúde.

De acordo com o previsto no n.º 1 do mesmo artigo, o desempenho das funções de gestão deve ser objeto de avaliação sistemática, tendo por parâmetros os objetivos fixados no Regime Jurídico do Sector Público Empresarial, ou decorrentes do contrato de gestão. (Anexo Contrato de Gestão do Presidente do Conselho de Administração).

Não existe órgãos da entidade competentes para realizar a avaliação de desempenho dos administradores executivos e critérios pré-determinados para a avaliação de desempenho dos mesmos, nem Comissões no órgão de administração ou supervisão.

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

4 – Foram desenvolvidas pela comissão de enfermagem as seguintes atividades no âmbito das suas competências:

a) Realização dos planos de atualização profissional do pessoal de enfermagem;
b) Parecer sobre a regulamentação interna para o sector de enfermagem e colaborar na respetiva execução;
c) Parecer sobre assuntos submetidos à sua apreciação pelo Conselho de Administração.

(Comissão de Ética)

1 - A Comissão de Ética é composta por sete membros, devendo revelar uma composição interdisciplinar.

2 - Os membros da Comissão de Ética são nomeados pelo Conselho de Administração.

3 - Em todos os aspetos não previstos neste regulamento, a Comissão de Ética do Hospital rege-se pelos princípios definidos no Decreto-Lei nº 97/95 de 10 de maio.

A Comissão de Ética desenvolveu a sua atividade no âmbito das suas competências, designadamente, com emissão de pareceres sobre questões éticas, estudos e ensaios clínicos.

(Comissão de Qualidade e Segurança do Doente)

1 - A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente é constituída por cinco membros, dos quais um é o Presidente do Conselho de Administração, que preside à Comissão.

2 - Os elementos da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente são nomeados pelo Conselho de Administração, por proposta do Presidente.

3 – Foram desenvolvidas pela comissão de qualidade e segurança do doente as seguintes atividades:

a) A formulação da política de qualidade orientada para o utente, nas dimensões de garantia, planeamento, controlo estatístico e melhoria contínua;
b) A avaliação das diferentes dimensões de qualidade, incluindo a dos custos da não qualidade;
c) Proposta do plano de ação anual, com previsão dos recursos necessários à sua execução;
d) O acompanhamento das atividades incluídas no plano de ação anual.

(Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar)

1 - O corpo médico da Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar integra um infeciologista, um microbiologista, um cirurgião e um internista, um dos quais será o presidente.

2 - Será ainda constituída por um técnico superior de farmácia e um enfermeiro que poderão acumular funções, mas nunca com a chefia de um serviço clínico.

3 - A Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar pode agregar consultores mediante autorização do Conselho de Administração.

4 - Os elementos da Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar são nomeados pelo Conselho de Administração sob proposta, respetivamente, do Diretor Clínico, do Diretor dos Serviços Farmacêuticos e do Enfermeiro-Diretor.

5 - As competências da Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar são as constantes de Despacho do Diretor-geral da Saúde, publicado no Diário da República nº. 246, II série, de 23/10/96.

6 - A Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar deverá funcionar segundo regulamento próprio por si aprovado, e desenvolveu a sua atividade de acordo com o plano anual de atividades, designadamente no âmbito do projeto "STOP INFECÇÃO", tendo sido designado o CHBM como hospital piloto.

(Comissão de Farmácia e Terapêutica)

1 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica é constituída em paridade por cinco médicos e cinco farmacêuticos, sendo um dos médicos o Diretor Clínico, que preside, ou um dos adjuntos por ele designado.

2 - O Diretor do Serviço de Aprovisionamento participa, sem direito a voto, restringindo a sua intervenção a matérias económicas e de gestão de aquisições e existências.

3 – Foram desenvolvidas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica as seguintes atividades:

a) Integração entre os Serviços de Prestação de Cuidados e o Serviço de Farmácia;
b) Velar pelo cumprimento do formulário e suas adendas;
c) Pronunciar-se, dentro do respeito das regras deontológicas, sobre a correção da terapêutica prescrita a doentes, sob solicitação do Diretor Clínico;
d) Informar os planos de aquisição de medicamentos e orientar o seu consumo;
e) Avaliação mensal os dados de consumo e as existências em medicamentos por centro de custo, incluindo os prescritos em ambulatório;
f) Parecer sobre novos medicamentos a adquirir;
g) Definição e pôr em prática uma política de informação sobre medicamentos.

(Comissão de Coordenação Oncológica)

1 - A Comissão de Coordenação Oncológica rege-se pelo disposto na Portaria 420/90, de 8 de junho, e é presidida pelo Diretor Clínico ou por um dos seus adjuntos por si designado. Para além do seu presidente, a Comissão de Coordenação Oncológica é composta por quatro médicos com o grau de especialista nas áreas de Cirurgia, Oncologia Médica e de Anatomia Patológica.

2 – Esta comissão desenvolveu a sua atividade de acordo com as competências atribuídas:

a) Organizar as consultas de grupo multidisciplinares, com o objetivo de analisar e definir a estratégia de diagnóstico e terapêutica relativa a casos clínicos oncológicos, estabelecendo normas para o seu funcionamento.
b) Aprovar protocolos de atuação diagnostica e terapêutica dos diversos tipos de doença oncológica;
c) Aprovar protocolos de atuação na prestação de cuidados paliativos e terminais oncológicos;

d) Emitir parecer sobre a estrutura do Hospital no âmbito da oncologia e eventuais protocolos com outras instituições;
e) Promover e coordenar o registo do cancro ao nível do Hospital.

(Direção do Internato Médico)

1 – As funções de Direção do Internato Médico cabem a um médico de reconhecida competência e experiência de formação de médicos internos, nomeado pelo diretor clínico e coadjuvado por um a três assessores.

2 – A Direção do Internato Médico exerce as competências previstas no art.º 14.º do Regulamento do Internato Médico, aprovado pela Portaria n.º 183/2006, de 22 de fevereiro.

Compete ao conselho de administração do Centro Hospitalar designar os membros que integram cada uma das comissões.

D. Fiscalização

1. Identificação do órgão de fiscalização correspondente ao modelo adotado: Conselho Fiscal.

Nos termos dos Estatutos do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, constantes do Anexo II do Decreto-lei n.º 18/2017, de 10/02, a fiscalização é exercida por um Conselho Fiscal – composto por um presidente, dois vogais efetivos e uma vogal suplente – e por um revisor oficial de contas ou 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 (cfr. art.º 15º).

Os membros do Conselho Fiscal são nomeados por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, por um período de três anos, renovável por uma única vez.

2. Composição do Conselho Fiscal, 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.

O Conselho Fiscal foi nomeado por despacho conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, a 26 de abril de 2018, para o triénio 2018/2020, com a seguinte composição:

Conselho Fiscal					
Mandato (Inicio - Fim)	Cargo	Identificação do Conselho Fiscal	Designação		Estatuto Remuneratório (mensal)
		Nome	Forma	Data	
01/01/2018 a 31/12/2020	Presidente	Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge	Desp. Conj. SET e SES	26-04-2018	869,37 €
01/01/2018 a 31/12/2020	Vogal	Renato Felisberto Pinho Marques	Desp. Conj. SET e SES	26-04-2018	652,03 €
01/01/2018 a 31/12/2020	Vogal	José Manuel Gonçalves André	Desp. Conj. SET e SES	26-04-2018	652,03 €
01/01/2018 a 31/12/2020	Vogal Suplente	Anabela Mendes Garcia Barata	Desp. Conj. SET e SES	26-04-2018	não remunerado

A nomeação do Conselho Fiscal poderá ser consultada no endereço que se segue:

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/499/conselho_fiscal_CHBM.pdf

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

Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge, Presidente do Conselho Fiscal, nascida a 18 de janeiro de 1970, licenciada em administração de empresas pela Universidade Católica, frequência do Programa Avançado para Administradores Não-Executivos – Instituto Português de Corporate Governance (IPCG), Executive Training Session on Banking Governance - PLMJ Advogados, Strategic Management in Banking Programme - INSEAD, Fontainebleau, França.

Atividade Profissional

Membro do Conselho Fiscal da Atticus - STC, S.A. (maio 2019 a abril 2021), Administradora não executiva da Crédito Agrícola Gest - SGOIC, S.A., desde janeiro de 2020, Diretora Central de Fusões e Aquisições (F&A) do HAITONG BANK, S.A. (ex-BES Investimento) (2004-2017), responsável por transações em Portugal, Espanha, França, Chile, Brasil, Polónia e Macau, em diversos sectores, Direção de fusões e aquisições do BES Investimento, tendo ocupado cargos desde analista até diretora (1994-2004). Analista no departamento de fusões e aquisições do Deutsche Bank (Portugal) (1993-1994).

Renato Felisberto Pinho Marques, Vogal efetivo do Conselho Fiscal, nascido a 29 de março de 1958, licenciado em Economia pelo Instituto Superior de Economia e Gestão (ISEG) da Universidade Técnica de Lisboa com Pós-graduação em Estudos Europeus – Universidade Católica.

Atividade Profissional

Inspetor de Finanças Diretor desde fevereiro de 2015, Chefe de Equipa na Inspeção-Geral de Finanças (2013-2014), Membro da Comissão de Normalização Contabilística, em representação da Inspeção-Geral de Finanças (janeiro de 2013 a agosto de 2021), Controlador financeiro do Ministério da Saúde (2010-2011), Controlador financeiro do Ministério dos Negócios Estrangeiros (2007-2010), Diretor do Departamento Geral de Administração do Ministério dos Negócios Estrangeiros (2003-2007), Diretor Adjunto do Departamento Geral de Administração do Ministério dos Negócios Estrangeiros (2003), Inspetor de Finanças Chefe (1996-2003), Membro da Comissão EURO do Ministério das Finanças, em representação da Inspeção-Geral de Finanças (1999-2001), Inspetor do quadro da Inspeção-Geral de Finanças desde 15 de outubro de 1987.

José Manuel Gonçalves André, Vogal efetivo do Conselho Fiscal, nascido em 22 de abril de 1953, licenciado em Organização e Gestão de Empresas - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE) com Pós-graduação em Administração Hospitalar - Escola Nacional de Saúde Pública, curso de Engenharia Industrial aplicada à gestão hospitalar, Health Policy Institute, Boston University, Lisboa, Curso de Auditoria da Qualidade de serviços de Saúde, HQS – Health Quality Service/Reino Unido, Lisboa, Curso PADIS-Programa Alta Direção Instituições de Saúde da AESE, Curso Alta Direção em Gestão Unid. Saude - ISCSP.

Atividade Profissional

Administrador Hospitalar de 1º grau do Quadro Único desde 26 /04/2006 e de 1ª classe do ex-Hospital Reynaldo dos Santos – Vila Franca de Xira desde 01/05/2007, pertencente ao mapa da ARSLVT, Auditor do Gabinete Auditoria Interna da ARSLVT desde 15 julho de 2016, Diretor Executivo do ACES Oeste Sul, de 07 dezembro de 2012 a 15 julho de 2016, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Torres Vedras, de 15 de abril de 2010 a 20 de novembro de 2012, Vogal Executivo do Centro Hospitalar Torres Vedras, 2006-2010, Diretor de Serviço de Formação e Ensino da Sec-Geral do Ministério da Saúde, 2003-2006, Diretor e Administrador Delegado do Hospital Distrital de Mirandela, 1999-2003, Administrador Delegado do Hospital Distrital da Covilhã, 1997-1999, Administrador Delegado do Hospital Distrital da Lamego, 1996-1997, Administrador Hospitalar nas áreas de gestão de pessoal, consulta externa e urgência do ex-Hospital Reynaldo dos Santos, 1994-1996, Administrador Hospitalar do Dep. Cabeça e Pescoço do Hospital Garcia de Orta, 1992-1994, Diretor do Serviço de Estudos e Gestão do Dep. Recursos Humanos da Saúde, 1990-1992, Adm. Hospitalar de vários serviços comuns do ex-Grupo Hospitais Civis de Lisboa, 1985-1989, membro da Comissão de Avaliação dos Administradores Hospitalares em 2020-2021.

Anabela Mendes Garcia Barata, Vogal suplente do Conselho Fiscal, nascido em 26 de agosto de 1964, Licenciada em Administração e Gestão de Empresas pela Universidade Católica de Lisboa, em 1989. MBA na Escola Superior de Gestão da AESE, terminado em julho de 2007. Formação profissional em fiscalidade, com especial ênfase na área do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas. A formação profissional foi assegurada pelo centro de formação profissional da Arthur Andersen, na Holanda, bem como por várias ações de formação a nível nacional e internacional.

Atividade Profissional

Vogal do Conselho Diretivo da Administração Regional de lisboa e Vale do Tejo, IP, desde novembro de 2019; Coordenadora da Unidade de Gestão Financeira desde janeiro 2008, na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. Diretora Administrativa e Financeira, desde janeiro 2002 a dezembro de 2007 no Grupo Bureau Veritas – Rinave. Técnica Superior, desde julho de 1996 a dezembro de 2001 no Banco Espirito Santo. Gerente, desde janeiro 1992 a julho de 1996 na KPMG. Técnica "Assistent Manager", desde setembro 1988 a janeiro 1992, na Arthur Andersen.

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

Não aplicável, não está nas competências do Conselho Fiscal.

5. Outras funções dos órgãos de fiscalização.

Não aplicável, não existe outras funções fora das definidas pelos estatutos.

6. Identificação dos membros do Conselho Fiscal que se considerem independentes, nos termos do n.º 5 do artigo 414.º, do CSC.

Os elementos do Conselho Fiscal preenchem os requisitos de independência previstos no n.º 5 do art.º 414º do CSC, dado que não se encontram associados a qualquer grupo de interesses na sociedade, nem se encontram em alguma circunstância suscetível de afetar a sua isenção de análise ou de decisão e exercem o seu primeiro mandato no cargo.

7. Caraterização do funcionamento do Conselho Fiscal, indicando designadamente:

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

Nº Reuniões	Local de realização	Intervenientes na reunião	Ausências dos membros do Orgão de Fiscalização
12	Teleconferências Lisboa	CF	Não existiram
1	Teleconferência	CF, AI	Não existiram
1	Teleconferência	CF, CA	Não existiram
3	Teleconferência	CF, BDO	Não existiram

Legenda: CF - Conselho Fiscal; CA - Conselho de Administração; AI - Auditoria Interna; DF - Direção Financeira; BDO – SROC

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

Nome	Outros cargos ou funções
Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge	Presidente do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
	Presidente do Conselho Fiscal do Hospital Garcia da Orta, E.P.E
	Administrador Único da Curiosolabirinto, SA
	Membro do Conselho Fiscal da Atticus - STC, SA (até 12/04/2021)
	Administrador não executivo da Crédito Agricola GEST - SGOIC, SA
Renato Felisberto Pinho Marques	Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
	Vogal do Conselho Fiscal do Hospital Garcia da Orta, E.P.E
	Membro da Comissão da Normalização Contabilistica (janeiro de 2013 a agosto de 2021)
José Manuel Gonçalves André	Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
	Vogal do Conselho Fiscal do Hospital Garcia da Orta, E.P.E
	Membro da Comissão de avaliação dos Administradores Hospitalares em 2020-2021

E. Revisor Oficial de Contas

1. Identificação, membros efetivo e suplente, da Sociedade de Revisores Oficiais de Contas (SROC) e respetivos números de inscrição na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas (OROC) e na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários (CMVM), caso aplicável, e dos sócios ROC que a representam e indicação do número de anos em que o ROC exerce funções consecutivamente junto da entidade e/ou grupo.

O revisor oficial de contas é nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável por uma única vez.

O Revisor Oficial de Contas foi nomeado por despacho conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, a 14 de dezembro de 2018, para o triénio 2018/2020, mantendo-se em funções até à data, nos termos da legislação em vigor e do contrato celebrado para o triénio 2018-2020, com a seguinte composição:

BDO & Associados, SROC, Lda., inscrita na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, com o nº 29 e registado na Comissão de Mercados de Valores Mobiliários, com o nº 20161384, com sede na Avenida da República, nº 50, 10º andar, em Lisboa, representada por António José Correia de Pina Fonseca, ROC nº 949.

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

Nos termos do nº 4 do artigo 15º dos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, E.P.E., o Revisor Oficial de Contas é nomeado para um mandato com a duração de três anos, renovável por uma única vez.

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

Revisor Oficial de Contas							
Mandato (Início - Fim)	Cargo	Identificação SROC/ROC	Designação			Nº de anos de funções exercidas no grupo	Nº de anos de funções exercidas na entidade
		Nome	Forma	Data	Contratada		
01/01/2018 a 31/12/2020		BDO & Associados, SROC, Lda.	Despacho Conjunto	14-12-2018	29-01-2019	3	3

Nome	Remuneração Anual 2021
BDO & Associados, SROC, Lda.	16.500 €

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

Não aplicável, não foram prestados quaisquer serviços pela firma BDO & Associados, SROC, Lda., ao CHBM, EPE, relativamente ao ano em referência.

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 entidade deverá indicar os mandatos respetivos.

O Conselho Consultivo é composto por: Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pela Comunidade Intermunicipal ou pela Área Metropolitana onde se situe a sede dos respetivos centros hospitalares, que preside; Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pelo membro do Governo responsável pela área da saúde; Um representante da respetiva Administração Regional de Saúde; Um representante dos utentes, designado pela respetiva associação ou por equivalente estrutura de representação; Um representante eleito pelos trabalhadores do hospital E.P.E.; Um representante dos prestadores de trabalho voluntário no hospital E. P. E., entre estes eleito, quando existam; Dois elementos, escolhidos pelo conselho de administração do hospital E. P. E., que sejam profissionais de saúde sem vínculo ao mesmo.

O mandato dos membros do conselho consultivo tem a duração de três anos, sem prejuízo da possibilidade da sua substituição, a todo o tempo, pelas entidades que os designaram ou elegeram.

O Despacho nº 1505/2015, de 22 janeiro, nomeou o Eng.º António Afonso Reynaud de Melo Pires, presidente do Conselho Consultivo do CHBM, EPE, com efeitos à data da sua publicação, 12 de fevereiro de 2015. O Presidente cessou funções em 2016, os restantes membros do Conselho Consultivo terminaram os seus mandatos em 2018.

A 18 janeiro 2021 é nomeado novo Presidente do Conselho Consultivo, o Dr. José Afonso Oliveira Janeiro Neves, que renuncia à designação a 3 novembro 2021. O Conselho de Administração volta a diligenciar para que sejam reunidas as condições para a nomeação de um novo Conselho Consultivo.

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

O CHBM não tem auditor externo. Não existe obrigação legal da nomeação de um auditor externo.

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.

O CHBM não tem auditor externo. Não existe obrigação legal da nomeação de um auditor externo.

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

O CHBM não tem auditor externo. Não existe obrigação legal da nomeação de um auditor externo.

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

O CHBM não tem auditor externo. Não existe obrigação legal da nomeação de um auditor externo.

VI. Organização Interna

A. Estatutos e Comunicações

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

O CHBM, E.P.E. é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, regendo-se pelo regime jurídico das entidades públicas empresariais, com as especificações previstas no Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de janeiro e nos Estatutos a ele anexos e pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde.

O CHBM, E.P.E. é tutelado conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério das Finanças, as alterações dos estatutos da entidade só podem ser promovidas por iniciativas legislativas do Governo em funções.

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

Existe um Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades, aprovado pelo Conselho de Administração em 19/03/2015 que estabelece os procedimentos internos para a receção, registo e tratamento das comunicações de irregularidades recebidas pelo Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE.

Matérias abrangidas

As comunicações de irregularidades recebidas pela instituição são relativas a factos que indiciem (de acordo com o n. º4 do artigo 17.º-A do Decreto-Lei n. º12/2015, de 26 de janeiro):

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) Dano, abuso ou desvio relativo ao património do Centro Hospitalar;
c) Dano, abuso ou desvio relativo ao património dos utentes;
d) Prejuízo à imagem ou reputação do Centro Hospitalar.

Forma de Comunicação

1 - As comunicações são feitas na forma escrita, por carta ou correio eletrónico.
2 - As comunicações de indícios de irregularidades, abrangidas pelo presente Regulamento, são enviadas ao SAI, devendo obedecer aos seguintes critérios:
a) Entregue em envelope fechado, se remetido por carta;
b) Menção de "confidencial" no assunto da mensagem (no caso de correio eletrónico) ou inscrita na parte exterior do envelope;
c) Identificação do autor da comunicação, não sendo objeto de tratamento comunicações anónimas;
d) Indicação expressa de que prescinde do anonimato, caso assim o deseje;
e) Conter uma descrição dos fatos relevantes que sustentam a alegada irregularidade, bem como de elementos de prova que a sustentem.
3 - Todas as comunicações devem apresentar a identificação do autor, pelo que só excecionalmente e mediante análise, serão aceites e tratadas informações anónimas.

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/regulamento_irregularidades.pdf

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

O Centro Hospitalar dispõe de um Regulamento interno homologado em 2013, com uma revisão aprovada em Conselho de Administração a 23/03/2018. Dispõe, também, de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, e que constam do Código de Ética (Princípios, valores e regras de conduta). Para melhor desenvolvimento remete-se para o capítulo "Regulamentos e Códigos".

B. Controlo interno e gestão de riscos

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

O órgão de administração tem atribuído crescente importância ao desenvolvimento e aperfeiçoamento dos sistemas de controlo interno e de gestão de risco, com impacto relevante nas atividades do CHBM, em linha com as recomendações formuladas a nível nacional e internacional, de que se destacam os princípios de bom governo constantes da Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de março.

Considera-se que um sistema de controlo interno e de gestão de risco, como é o caso do implementado no CHBM, deve satisfazer, entre outros, os seguintes objetivos:

- Garantir e controlar o cumprimento dos objetivos traçados;
- Assegurar a fiabilidade e a integridade da informação;
- Garantir a produção e o reporte de forma completa, fiável e tempestiva, bem como a prossecução de um adequado sistema de informação de gestão;
- Garantir a salvaguarda dos ativos;
- Identificar os fatores de risco, as consequências da ocorrência do risco e os mecanismos destinados ao seu tratamento e minimização;
- Melhorar a qualidade das decisões;
- Promover a utilização racional e eficiente dos seus recursos.

Vários Serviços dispõem de Manual de Procedimentos, tendo em vista implementação nas respetivas áreas do cumprimento dos procedimentos estabelecidos, a eficiente utilização dos recursos, o eficaz controlo dos processos e à avaliação e minimização dos riscos identificados. É o que sucede com o Serviço de Aprovisionamento, Serviços Financeiros e Serviço de Recursos Humanos.

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.

A Dra. Sandra Cristina Silva Palhinhas, responsável pelo Serviço de Auditoria Interna do CHBM, E.P.E. desde 1 setembro de 2019, de acordo com o artigo 17º do Decreto-Lei nº 2,33/2005 alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 12/2015 que procedeu à alteração do Regime Jurídico e dos Estatutos dos Hospitais EPE, data a partir da qual iniciou funções. O Serviço de Auditoria Interna tem como missão verificar a existência, o funcionamento e a eficácia do modelo de controlo dos riscos e dos sistemas de controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, através de um acompanhamento objetivo, independente, sistemático e contínuo, realizando auditorias aos serviços ou processos considerados críticos e mais suscetíveis de risco.

No ano de 2021 foram realizadas auditorias ao SCI das Empreitadas, ao SCI dos Serviços prestados pelo SUCH (Tratamento de Roupa, Tratamento e Gestão de Resíduos e Prestação de Serviços Técnicos TIM III, AVAC e Electromedicina), bem como à Gestão do Imobilizado. Neste ano também foram realizadas 3 ações de follow-up: ao Relatório de Auditoria "Serviço de Medicina Física e Reabilitação"; ao Relatório de Auditoria "Tempos de Facturação (IGAS)" e ao Relatório de Auditoria "Circuito dos Termos de Responsabilidade para o Exterior".

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

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/plano_corrupcao_2019.pdf

Foram identificados os seguintes níveis de risco:

Risco de Gestão	Descrição
RG 1 – Não segregação de funções	Risco de existência de incompatibilidade de funções atribuídas ou configuradas nos sistemas de informação aos colaboradores, podendo originar erros involuntários ou voluntários (v.g. situações de fraude).
RG 2 - Autorizações e responsabilidade	Risco de tomada de decisões ou realização de ações por parte de colaboradores que não estejam nos seus limites ou áreas de responsabilidade.
RG 3 - Financiamento	Risco de inexistência de receita suficiente para garantir o equilíbrio orçamental e cobrir as despesas indispensáveis para garantir a prestação de cuidados de saúde.
RG 4 - Conformidade	Risco de incumprimento da legislação fiscal, ambiental, contabilística ou outra e/ou de regulamentação do setor, bem como de normas internas. É também considerado o risco de não observância das boas práticas no exercício da função (prestação de cuidados e outras).
RG 5 - Segurança da Informação	Risco de ocorrência de falhas de segurança da informação relacionadas com a confidencialidade, disponibilidade e integridade da informação, potenciando situações de violação do acesso a dados confidenciais dos utentes, dos colaboradores ou da instituição.
RG 6 - Desenvolvimento e manutenção dos Sistemas de Informação	Risco de incapacidade de desenvolver e manter os sistemas de informação alinhados com a atividade, não recorrendo a metodologias de gestão e de desenvolvimento de projetos de Sistemas de Informação ou não garantindo a necessária transferência de conhecimentos de recursos ou empresas externas, evitando assim uma excessiva dependência destes.
RG 7 - Ambiental	Risco de ocorrência de efeitos ambientais adversos, direta ou indiretamente imputados à atividade de prestação de cuidados de saúde, e que possam resultar no incumprimento de legislação ambiental, insatisfação de utilizadores e *stakeholders*, nomeadamente ao nível da comunidade local.
RG 8 - Gestão do Conhecimento	Risco de inexistência ou ineficiência dos processos de captura, retenção, partilha e transferência de conhecimentos que conduzam a uma excessiva dependência. Fraco desenvolvimento de competências, desmotivação, problemas de sucessão, perda de conhecimento ou ineficiências operacionais no presente ou incapacidade operacional no futuro.
RG 9 - Reputação e imagem	Risco de degradação da imagem, notoriedade e credibilidade da instituição por via direta ou indireta, ainda que as causas não se encontram totalmente sob a responsabilidade ou não podem ser geridas pelo Serviço.
RG 10 - Capacidade instalada	Risco da estrutura operacional, incluindo meios humanos e materiais, estar desajustada face às necessidades dos utentes, resultando em custos acrescidos por excesso de capacidade, ou perdas financeiras por incapacidade de resposta.
RG 11 - Segurança física e das instalações	Risco de ocorrência de eventos de segurança devido a inadequadas medidas preventivas face a acidentes, eventos ambientais (v.g. inundações, incêndios), acessos indevidos ou incumprimento de normas e procedimentos, podendo resultar em danos materiais.
RG 12 - Segurança de pessoas	Risco de ocorrência de acidentes com colaboradores ou terceiros, ou das condições e ambiente de trabalho, serem prejudiciais à saúde das pessoas.

RG 13 - Manuais de procedimentos, boas práticas e código de conduta	Risco de inexistência de Manuais de Procedimentos, Boas Práticas e Código de Conduta, atualizados e ajustados à realidade vivida e que reflitam o cumprimento das normas e legislação vigente.
RG 14 - Gestão de recursos	Risco de subaproveitamento da capacidade instalada e de incorreta gestão dos recursos bem como falta de controlo interno, que possam conduzir a faturação indevida ou excessiva com contratação de serviços externos e outros.

Risco de Corrupção	Descrição
RC 1 - Imparcialidade	Tratamento privilegiado de pessoa ou pessoas. Favorecimento de utente, concorrente e/ou procedimento no qual tenha algum interesse na tomada de decisão.
RC 2 - Faturação indevida	Emissão de faturas, pelos fornecedores, com valores acima dos contratualizados ou com itens não conformes.
RC 3 - Apropriação indevida de ativos	Desvio e/ou apropriação indevida de ativos do Centro Hospitalar ou de terceiros (v.g. espólios dos doentes) para proveito do próprio.
RC 4 - Suborno	Oferecer, dar, receber, solicitar ou facilitar algo de valor para influenciar um ato.
RC 5 - Demonstrações financeiras fraudulentas	Ocultar ou alterar informação, propositadamente, com o intuito de alterar registos, de forma a alterar resultados e induzir em erro quem as analisa.

Conflitos de interesses	Descrição
CI 1 – Acumulação de funções incompatíveis	Exercício de atividades não autorizadas. Comprometimentos da isenção e da imparcialidade exigidas no exercício das funções. Não declaração de conflitos de interesses em cumprimento, nomeadamente, do Despacho n.º 14/2014, de 22 de janeiro, da Lei nº 35/2014, de 20 junho, da Lei nº 7/2009, de 12 de fevereiro, ou outra aplicável.
CI 2 - Acompanhamento da gestão de contratos	Exercício de atividades que comprometam o correto e imparcial acompanhamento dos contratos. Irregularidades no que concerne à fiscalização e conferência, por ter interesses pessoais.
CI 3 - Uso abusivo de posição	Uso abusivo de posição, bem como recursos públicos, acesso a informação e conhecimento, bem como de influência em procedimentos de contratação pública, em benefício próprio, que comprometam o dever de isenção.
CI 4 - Relação dos profissionais de saúde com a indústria farmacêutica	Falta de comunicação de benefícios junto do INFARMED, em cumprimento do Despacho do SES n.º 12284/2014, de 6 de outubro.

O CHBM nomeou uma Comissão de Acompanhamento da Prevenção da Corrupção (CAPC), tendo elaborado o Relatório Anual com o resultado das monitorizações realizadas.

A CAPC procedeu à análise de todos os relatórios de acompanhamento das matrizes de risco, e identificou como relevantes e com necessidade de maior acompanhamento e definição de ações, os seguintes riscos moderados e elevados, das diferentes Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção, a saber:

- Nos Serviços Assistenciais:
  - ✓ O risco relacionado com a Capacidade instalada foi o risco mais vezes considerado com nível elevado, por 11 Serviços, e moderado por 14;
  - ✓ O risco da Gestão de Recursos, foi considerado elevado por 6 Serviços e moderado por 15 Serviços;
  - ✓ O risco Segurança de pessoas, foi considerado elevado por 5 Serviços e moderado por 13 Serviços;
  - ✓ O risco Ambiental, foi considerado elevado por 3 Serviços e foi considerado moderado por 8 Serviços;
  - ✓ O risco da Gestão do Conhecimento, foi considerado elevado por 2 Serviço e moderado por 10 Serviços;
  - ✓ O risco de Reputação e Imagem foi considerado elevado por 2 Serviços e moderado por 5 Serviços;
  - ✓ O risco Segurança da Informação, foi considerado moderado por 7 Serviços;
  - ✓ O risco de Conformidade foi considerado moderado por 6 Serviços;
  - ✓ O risco de Apropriação indevida de ativos, foi considerado moderado por 3 Serviços;
  - ✓ O risco Manuais de Procedimentos, Boas Práticas e Código de conduta, foi considerado moderado por 2 Serviços;
  - ✓ Os riscos Imparcialidade, Suborno e Uso Abusivo de Posição apenas foram considerados moderados por 1 serviço;
  - ✓ Os riscos que apenas foram considerados como fracos são Acompanhamento de Gestão de contratos e Relação dos profissionais de saúde com a indústria farmacêutica e acumulação de funções incompatíveis.

- Nos Serviços de Apoio:
  - ✓ O risco de Gestão do Conhecimento foi considerado elevado por 2 Serviços e moderado por 4 Serviços;
  - ✓ O risco de Financiamento foi considerado elevado por um Órgão e moderado por 4 Serviços;
  - ✓ O risco Acompanhamento na Gestão de Contratos foi considerado elevado por 1 Serviço;
  - ✓ O risco relacionado com a Manuais de Procedimentos, boas práticas e código de conduta foi considerado moderado por 9 Serviços;
  - ✓ O risco relacionado com a Conformidade foi considerado com nível moderado por 7 Serviços;
  - ✓ O risco Gestão de Recursos foi considerado moderado por 6 Serviços;
  - ✓ O risco da Capacidade instalada foi considerado moderado por 4 Serviços;
  - ✓ O risco de Segurança da Informação foi considerado moderado por 4 Serviços;
  - ✓ Os riscos de Reputação e Imagem, Acumulação de funções Incompatíveis e Imparcialidade foram considerados moderados por 2 Serviços, respetivamente;

- ✓ O risco de Autorizações e Responsabilidade, Faturação Indevida, Ambiental, Desenvolvimento e Manutenção dos SI, Segurança Física e das Instalações, Segurança das Pessoas e Uso Abusivo de Posição foram considerados moderado por 1 Serviço, respetivamente;
- ✓ Os riscos que apenas foram considerados como fracos são Não segregação de funções, Apropriação indevida de ativos, Suborno e Relação dos Profissionais de saúde com a indústria farmacêutica.

Na hiperligação abaixo remete-se para o relatório de 2021:

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/733/PGRCIC_relatorio_22.pdf

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

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

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

No âmbito das áreas funcionais com competências definidas no Regulamento Interno para a matéria do Risco, consideram-se também os Riscos Clínicos e do Risco Geral (Não Clínico), analisados pelo Gabinete de Gestão do Risco. Segue o estabelecido sobre este ponto no atual Regulamento Interno do CHBM.

Gabinete de Gestão do Risco

1. O Gabinete de Gestão do Risco integra a área do risco clínico e do risco geral (não clínico).

2. Compete ao Gabinete de Gestão do Risco:

a) Promover uma cultura de segurança no ambiente interno;
b) Propor a política de gestão do risco e a estratégia de identificação e avaliação de riscos e seus fatores causais;
c) Participar no desenvolvimento da política interna de segurança do doente e dos profissionais;
d) Elaborar o regulamento que expressa as responsabilidades específicas das duas áreas de intervenção;
e) Estruturar e implementar uma estratégia de gestão integrada do risco na organização, através da mobilização e articulação com os serviços de ação médica, de apoio à ação médica e geral;
f) Assegurar a gestão de um sistema de relato de incidentes clínicos e segurança do doente e risco geral (não clínico);
g) Identificar e propor medidas preventivas e/ou medidas corretivas após a ocorrência de incidentes, em colaboração com os responsáveis/especialistas nas diversas áreas de tipologia de incidentes;
h) Apoiar os serviços no âmbito da gestão do risco e segurança do doente;
i) Colaborar com o nível estratégico na elaboração de pareceres e recomendações;
j) Colaborar com comissões e grupos de trabalho no âmbito da gestão do risco e segurança do doente;

k) Integrar o grupo institucional responsável pelo Plano de Segurança e Plano de Catástrofe Externa, promovendo a sua atualização;
l) Providenciar auditorias de segurança das instalações, dos doentes, dos profissionais e ocupantes e fomentar práticas baseadas na evidência;
m) Promover e validar as ações de formação no âmbito da gestão do risco geral e risco clínico e segurança do doente, em articulação com os Serviços e a Academia de Formação.

No CHBM está igualmente nomeada a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, responsável pela operacionalização da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde nos termos previstos na legislação aplicável, com as seguintes atribuições definidas em sede de Regulamento interno da instituição.

Comissão de qualidade e segurança do doente

2. Sem prejuízo das competências dos Gabinetes de Gestão da Qualidade e de Gestão do Risco, com os quais deverá manter articulação sinérgica efetiva, compete à Comissão de Qualidade e Segurança do Doente a formulação da política da qualidade orientada para o utente nas dimensões de planeamento e melhoria contínua e o acompanhamento das ações com vista à segurança do doente.

3. Compete-lhe em especial:

a) Elaborar estudos e apresentar propostas para a implementação de ações para a qualidade global no atendimento;
b) Promover o conhecimento e utilização de metodologias específicas de avaliação e garantia de níveis de qualidade;
c) Acompanhar e avaliar a implementação de ações para a qualidade.

Por fim, e no que respeita aos riscos profissionais, de referir ainda as competências do Serviço de Saúde Ocupacional, igualmente plasmadas no Regulamento Interno da Instituição.

Serviço de Segurança e Saúde Ocupacional

1. O Serviço de Segurança e Saúde Ocupacional (SSSO) tem como responsabilidade a organização da segurança e saúde no trabalho, tendo em vista a prevenção de riscos profissionais e a promoção da saúde dos profissionais.

2. Compete ao SSSO:

a) Promover locais de trabalho saudáveis, através da promoção da saúde dos profissionais e a prevenção dos riscos profissionais com vista à manutenção da capacidade de trabalho;
b) Investigar fatores desencadeantes ou agravantes de doença no local de trabalho e desenvolver estratégias para a sua correção;
c) Analisar as causas dos acidentes de trabalho e propor medidas preventivas/corretivas sempre que se justifique;
d) Colaborar na revisão e implementação do Plano de Segurança Interno, incluindo os simulacros;
e) Assegurar a confidencialidade dos dados de saúde e proteger a privacidade dos profissionais;
f) Desenvolver atividades de formação, informação e educação para a saúde;
g) Apoiar os profissionais e os órgãos de administração, no estabelecimento e conservação do ambiente de trabalho saudável e seguro que favoreça a otimização da saúde física e mental relacionada com o trabalho.

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

Risco Económico

Aquando a criação do CHBM, não se atendeu totalmente à estrutura financeira deficitária da entidade, na medida que "herdou" os resultados negativos acumulados do Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. e do Hospital do Montijo. Deste modo, face a esta situação e aos resultados negativos dos últimos exercícios, os Capitais Próprios do CHBM revelam-se bastante negativos, embora se tenha assistido nos últimos anos a um reforço dos Capitais Estatutário da entidade, estes revelaram-se insuficientes face à dimensão dos montantes em dívida.

O Resultado Líquido no final de 2021 foi de 19,0 milhões de euros negativos, com um EBITDA também negativo de 14,8 milhões de euros, pelo que se salienta, que o mesmo representa um agravamento em 68,7 % face aos resultados obtidos no período homólogo.

Atendendo aos resultados alcançados nos últimos anos, evidenciarem a manutenção de resultados líquidos negativos, deve-se manter alguma preocupação quanto a sustentabilidade económica e financeira deste Centro Hospitalar.

A estrutura de custos existente, no CHBM, ainda não foi devidamente suportada pelos proveitos apurados no âmbito do modelo de financiamento, pelo que o presente exercício apresenta um desequilíbrio financeiro. Os preços definidos no Contrato Programa para o pagamento dos serviços prestados aos beneficiários do SNS, foram abaixo dos preços de mercado, condicionando a evolução dos proveitos totais.

Risco Financeiro

O Despacho nº 101/2009 – SETF, de 30 de janeiro, vêm determinar as orientações gerais e especificas aos limites impostos ao financiamento das empresas públicas estabelecidas no Regime Jurídico do Sector Público Empresarial, que inclui os Hospitais EPE.

O financiamento do CHBM, EPE por entidades externas, através de contratação de empréstimos encontra-se bastante condicionado, quer em termos dos seus limites de endividamento, quer pela necessária autorização prévia da Tutela.

O CHBM contraiu um empréstimo reconhecido à data de 31/12/2021 de 2.328.012,32 €. Este empréstimo refere-se a uma comparticipação financeira do Fundo de Coesão, por via de uma candidatura ao POSEUR, designada por Eficiência Energética do Hospital do Barreiro para apoio ao investimento em estruturas no domínio da Sustentabilidade e Eficiência no Uso de Recursos. Este apoio concedido é reembolsável num prazo de 21 anos sem encargos financeiros, no montante total de 4.861.971,84 €, correspondente ao valor total previsto para o projeto a concluir até ao final de 2022.

Quadro de acompanhamento das orientações gerais e específicas da Gestão do Risco Financeiro conforme disposto no Despacho nº 101/2009 – SETF, de 30 de janeiro.

Risco Operacional

As Declarações de estado de emergência de saúde publica a que o país esteve sujeito nos últimos dois anos veio condicionar fortemente o Investimento para áreas dirigidas no combate à Pandemia Covid-19, nomeadamente a renovação de equipamento relacionado com doenças respiratórias, unidade de

cuidados intensivos, rede de abastecimento e armazenamento de oxigénio, em detrimento de outras áreas de intervenção também prioritárias à prestação cuidados.

Risco Jurídico

As constantes alterações no enquadramento jurídico, nomeadamente na legislação laboral, conjugado com a necessidade premente de autorização superior para a contratação de profissionais contribui fortemente para o aumento dos ricos na gestão de recursos humanos.

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

O CHBM segue a Recomendação n.º 3/2015 (DR, 2.ª, n.º 132, 09/07/2015) que veio definir as seguintes linhas de orientação:

Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção o e Infrações Conexas, devem identificar de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas.

Os riscos devem ser identificados relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo. Os Planos devem designar responsáveis setoriais e um responsável geral pela sua execução e monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais.

As entidades devem realizar ações de formação, de divulgação, reflexão e esclarecimento dos seus Planos junto dos trabalhadores e que contribuam para o seu envolvimento numa cultura de prevenção de riscos. Os Planos devem ser publicados nos sítios da internet das entidades a que respeitam, excetuando as matérias e as vertentes que apresentem uma natureza reservada, de modo a consolidar a promoção de uma política de transparência na gestão público.

A monitorização passou a abranger todas as áreas de atividade por forma a garantir a maior cobertura em termos de prevenção, sendo exigível:

Uma identificação exaustiva dos riscos de gestão, dos riscos de corrupção e infrações conexas, dos conflitos de interesses, bem como as correspondentes medidas preventivas;

A identificação dos riscos relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica do CHBM, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo.

A identificação dos responsáveis setoriais pela execução e monitorização do Plano, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios. Com o objetivo de acompanhar as atividades no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas, neste Centro Hospitalar Barreio Montijo (CHBM) encontra-se constituída uma Comissão de Acompanhamento da Prevenção de Corrupção (CAPC).

A comissão de Prevenção dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas faz um acompanhamento das matrizes de risco dos serviços onde são identificadas as medidas de mitigação dos mesmos, realizando inclusive auditorias para verificação das eficácias das medidas identificadas.

8. Identificação dos principais elementos do SCI e de Gestão de Risco implementados na entidade relativamente ao processo de divulgação da informação financeira

A informação financeira é produzida no Serviço Financeiro do CHBM, é avaliada pelo Revisor Oficial de Contas a quem cabe a sua certificação. O Conselho Fiscal avalia os SCI e emite Relatório e parecer com as conclusões e recomendações. Adicionalmente o Conselho Fiscal e o Revisor Oficial de Contas elaboram relatórios trimestrais de acompanhamento da execução económico-financeira e orçamental.

C. Regulamentos e Códigos

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

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE (CHBM) foi criado a 1 de novembro de 2009, através do Decreto-lei n.º 280/2009 de 6 de outubro, com a natureza de entidade pública empresarial, por fusão do Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE e do Hospital Distrital do Montijo.

O Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, define o regime jurídico e os estatutos aplicáveis às unidades de saúde com a natureza de entidades públicas empresariais. Por força do artigo 7.º do referido Diploma, o Regulamento Interno do CHBM foi adaptado e aprovado pelo Conselho de Administração, e homologado pelo Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo em 19/07/2013, no uso de subdelegação de competências.

A legislação que enquadra a orgânica e funcionamento do CHBM é a seguinte:

- O Decreto-lei nº 280/2009, de 6 de outubro, que cria o CHBM;
- O Decreto-lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro que determina o regime jurídico e estatutos dos Hospitais EPE;
- O Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro que define o regime jurídico do Sector Público Empresarial;
- O Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro que define o estatuto do SNS;
- Lei nº 48/90, de 24 de agosto, Lei de Base da Saúde.

Para o Regulamento Interno do CHBM foi adotado o modelo de gestão participada por objetivos assente em níveis de gestão estratégica, intermédia e operacional, em que os centros de responsabilidade e as direções de serviço assumem e desempenham um papel determinante.

Em 30/01/2014, e após consulta prévia dos trabalhadores em conformidade com o estabelecido no artigo 115.º, n.º 2 do Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas e artigo 99.º, n.º 2 do Código do Trabalho, foi aprovado o Regulamento do Horário de Trabalho do CHBM que contém as normas de organização e disciplina do trabalho.

Em 27/02/2014 foi aprovado o Plano de Igualdade e de Género do CHBM com o objetivo de alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, eliminar as discriminações e permitir a conciliação da vida pessoal, familiar e profissional

Regulamento e Códigos do CHBM

http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar-chbm/informacao-publica/regulamentos-e-codigos

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

O reforço dos valores éticos no comportamento do indivíduo e da comunidade em geral, a definição dos princípios de bom governo no Estado e nas suas empresas, bem como a instância da responsabilidade social, exigiram a aprovação do Código de Ética do CHBM em 19/09/2013, tendo o mesmo sido atualizado em 20/10/2016, de forma a dar resposta ao Despacho n.º 9456-C/2014 (Enquadramento dos Princípios Orientadores do Código de conduta dos Serviços e Organismos do Ministério da Saúde) e ao Código do Procedimento Administrativo aprovado pelo Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de Janeiro, sendo enquadradas com as normas Portuguesa NP 4460-1:2017 e NP 4460-2:2010. Trata-se de uma sistematização das regras de conduta num documento público e partilhado que norteia a atuação responsável da Instituição e dos seus colaboradores. Visa personalizar de forma clara a essência da Instituição e divulgar os princípios, valores e regras de conduta que regem a prossecução da sua missão. Encontra-se publicado no *site* do CHBM estando desta forma disponível para consulta para todos os colaboradores, utentes, clientes e fornecedores.

Código de ética do CHBM

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/codigo_etica_chbm16.pdf

3. Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas. Referência à existência do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros), com a data da última atualização, assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação. Indicação relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor relativo 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 entidade onde se encontra publicitado o respetivo Relatório Anual de Execução do PGRCIC.

Com o objetivo de acompanhar as atividades no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas, encontra-se constituída uma Comissão de Acompanhamento da Prevenção de Corrupção (CAPC).

Esta CAPC procede à elaboração, atualização e revisão anual do Plano de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas, monitoriza a execução do mesmo e elabora os correspondentes relatórios.

Plano de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas, atualizado em 11/03/2022

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/733/PGRCIC_plano_22.pdf

Relatório de Acompanhamento do Plano de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas de 2021

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/733/PGRCIC_relatorio_22.pdf

Com a publicação da Recomendação n.º 3/2015 (DR, 2.ª, n.º 132, 09/07/2015), definiram-se novas orientações, nomeadamente, quanto à identificação dos riscos de gestão e de corrupção relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo, assim como quanto à designação dos responsáveis pela execução e monitorização do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (adiante, designado Plano), bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais.

Assim, a monitorização passou a abranger todas as áreas de atividade por forma a garantir a maior cobertura em termos de prevenção, exigindo-se:

- Uma identificação exaustiva dos riscos de gestão, dos riscos de corrupção e infrações conexas, dos conflitos de interesses, bem como as correspondentes medidas preventivas;
- A identificação dos riscos relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica do CHBM, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo.
- A identificação dos responsáveis setoriais pela execução e monitorização do Plano, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios.

Em conformidade com a mesma Recomendação, os diretores ou responsáveis das unidades da estrutura orgânica, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo, são os "responsáveis setoriais" pela execução do Plano e sua monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios. A CAPC assume as competências do "responsável geral" pela execução e monitorização do Plano.

Tendo por base a estrutura de gestão instituída com o Regulamento Interno deste CHBM, os diretores e/ou responsáveis dos serviços ou unidades que seguidamente se indicam, constituem-se como "responsáveis setoriais" pela execução Plano e sua monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios:

- Conselho de Administração;
- Centro de Responsabilidade para a Área Cirúrgica;
- Serviços de Ação Médica (Medicina, Cirurgia, Psiquiatria, etc.);
- Serviços de Diagnóstico e Terapêutica (Imagiologia, Patologia Clínica, etc.);
- Serviços de Apoio à Ação Médica (Farmacêuticos, Ação Social, Nutrição e Dietética, etc.);
- Serviços de Apoio Geral (Recursos Humanos, Financeiros, Aprovisionamento, etc.);

- Gabinetes de Assessoria (Apoio à Gestão, Jurídico, Comunicação e Imagem, etc.).

Compete, em especial, ao "responsável geral" – CAPC:

- Assegurar a elaboração do Plano, com identificação dos riscos de gestão, incluindo os de corrupção e os conflitos de interesses, bem como as correspondentes medidas preventivas;
- Monitorizar a execução do Plano e elaborar os correspondentes relatórios de acompanhamento;
- Assegurar a articulação com os "responsáveis setoriais" pela execução do Plano e promover a identificação e monitorização das atividades de risco de gestão, os riscos de corrupção e os conflitos de interesses, bem como as correspondentes medidas preventivas;
- Realizar auditorias de acompanhamento entendidas por convenientes.

Compete aos "responsáveis setoriais":

- Participar na identificação e monitorização das atividades de risco de gestão, de risco de corrupção e conflitos de interesses, bem como as correspondentes medidas preventivas;
- Instituir mecanismos de acompanhamento das atividades de risco identificadas nas áreas de intervenção respetivas, rever periodicamente os resultados face a novos eventos de que, entretanto, tomem conhecimento, bem como assegurar que as medidas de controlo instituídas estão a ser executadas.
- Elaborar os correspondentes relatórios sobre a execução do Plano.

Com vista a operacionalizar mecanismos de controlo que previnam conflitos entre os interesses privados e o interesse público no domínio da atividade como membros de júri, o Despacho n.º 2156-B/2014 do Ministro da Saúde (DR, 2.ª, 28, 10/02/2014) aprovou o modelo de declaração de inexistência de incompatibilidades previsto no artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro, que se instituiu como obrigatória neste Centro Hospitalar.

Por esta via estabeleceu-se o regime jurídico das incompatibilidades dos membros das Comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais, e consultores que apoiam os respetivos júris, ou que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de caráter clínico, nas áreas do medicamento e do dispositivo médico.

Relativamente aos procedimentos pré-contratuais nas restantes áreas (material de consumo clínico, produtos alimentares, material de consumo hoteleiro, consumo administrativo, manutenção e conservação, investimento, prestação de serviços, etc.), encontram-se instituídas declarações de incompatibilidade que são assinadas pelos membros do júri.

Estes documentos foram divulgados no portal da intranet e através do sítio da internet:

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/733/declaracoes_incompatibilidades21_v41.pdf

D. Deveres Especiais de Informação

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

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

Se aplicável, a informação é reportada no Sistema de Recolha de Informação Económico Financeira (SIRIEF).

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

A informação referente ao grau de execução dos objetivos fixados é reportada mensalmente:

- À DGTF através da Plataforma SIRIEF;
- À ACSS através dos serviços *online* da UOGF e da plataforma SICA;
- À ARSLVT através da Plataforma SICA;
- À DGO através da Plataforma SIGO.

A justificação dos desvios verificados e indicação de medidas de correção aplicadas ou a aplicar é remetida mensalmente para a ARSLVT e ACSS através do Relatório Analítico do Desempenho Económico e Financeiro (RADEF).

c) Planos de Atividades e Orçamento, anuais a plurianuais, incluindo os planos de investimento e as fontes de financiamento.

Os Planos de Atividade e Orçamento são submetidos nas plataformas SIRIEF para a DGTF, na plataforma SICA para a ARSLVT e ACSS.

d) Orçamento anual e plurianual.

Os Orçamentos são reportados nas plataformas SICA para a ARSLVT e ACSS e SIGO para a DGO.

e) Documentos anuais de Prestação de Contas.

Os documentos anuais de prestação de contas são reportados através do SIRIEF para a DGTF e na plataforma de prestação eletrónica de contas do Tribunal de Contas.

São publicados no Site do CHBM e remetidos para a ARSLVT, ACSS, IGF e DGTF.

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

A informação mencionada é reportada no SIRIEF quando disponibilizada pelo órgão de fiscalização.

2. Indicação da Plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de transparência a que a entidade se encontra sujeita. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de transparência a que a entidade 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.

A informação é disponibilizada no *site* do CHBM e através da plataforma da transparência do Portal do SNS.

E. Sítio de Internet

1. Indicação do endereço utilizado na divulgação dos seguintes elementos sobre a entidade:

A informação relacionada com a atividade do CHBM, designadamente, a sede e demais elementos mencionados no artigo 171.º do Código das Sociedades Comerciais, o Regulamento Interno, os titulares dos órgãos sociais e os Relatórios e Contas anuais, bem como as obrigações de divulgação que constam do art.º. 44º do Decreto-Lei nº 133/2013 de 3 de outubro, estão disponíveis e têm divulgação no sítio da internet:

http://www.chbm.min-saude.pt/

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

http://www.chbm.min-saude.pt/contactos

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

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/estatutosEPE_17.pdf

http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar-chbm/informacao-publica/regulamentos-e-codigos

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

Conselho de Administração

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/499/nomeacao_ca19.pdf

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

http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar-chbm/informacao-publica/relatorios-e-contas

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

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/acordo_ModificativoCHBM_21.pdf

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

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/termos_referencia_contratualizacao21.pdf

Os apoios financeiros recebidos do Estado nos últimos três anos, remete-se para o ponto anterior - Contratos programa.

F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral

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

Contratos Programa e Acordos modificativos assinados com a tutela setorial.

O Contrato Programa do CHBM foi celebrado para o triénio 2017/2019, sendo revisto anualmente através de Acordos Modificativos, e define as orientações e objetivos de gestão no âmbito da prestação de serviços de cuidados de saúde, em termos de quantidades de produção contratada, a respetiva remuneração, os custos inerentes à realização dessa atividade e incentivos institucionais atribuídos em função do cumprimento de objetivos de qualidade e eficiência económico-financeira. Em janeiro de 2021 foi assinado o Acordo Modificativo para o ano, que prorrogou o Contrato-Programa estabelecido para o triénio 2017-2019. Em fevereiro 2022 foi efetuada Adenda ao Acordo Modificativo de 2021, que, não tendo sido ainda assinada pela Tutela, não se encontra publicada no site do CHBM, e que reajustou o valor de três linhas de atividade assistencial.

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

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

Contratos Programa e Acordos modificativos assinados com a tutela setorial.

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

Contratos Programa e Acordos modificativos assinados com a tutela setorial.

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

Contratos Programa e Acordos modificativos assinados com a tutela setorial.

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

O contrato-programa celebrado com a tutela e resultante da negociação realizada após apresentação de proposta pelo CHBM é um instrumento de operacionalização da política do Ministério da Saúde e do planeamento regional de afetação de recursos, em consonância com o Plano Estratégico do Hospital. Este contrato sustenta os seus termos nos princípios seguintes:

- Promoção do acesso, melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, satisfação dos utentes e obtenção de ganhos em saúde;
- Gestão criteriosa e utilização eficiente dos recursos disponíveis na procura da sustentabilidade económico-financeira do Hospital e do Serviço Nacional de Saúde.

No documento do Contrato Programa (vide link abaixo) estão definidas as metas de atividade, os custos, os indicadores de Qualidade e Eficiência, em conformidade com o modelo de financiamento vigente, bem como os critérios de avaliação para o ano em referência.

O contrato-programa inicial de 2021 está divulgado no portal da intranet e através do sítio da internet:

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/302/acordo_ModificativoCHBM_21.pdf

Neste contexto, importa referir que em 23 fevereiro 2022 foi efetuada Adenda ao Acordo Modificativo de 2021, que, não tendo sido ainda assinada pela Tutela, não se encontra publicada no site do CHBM, e que reajustou o valor de três linhas de atividade assistencial.

VII. Remunerações

A. Competência para a Determinação

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

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro, procedeu à definição dos critérios de determinação do vencimento dos gestores públicos, tendo remetido para resolução própria a fixação dos critérios aplicáveis aos gestores das entidades públicas integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Nesta conformidade, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro, aprovou os critérios de determinação do vencimento dos gestores das entidades integrantes do SNS, nomeadamente dos centros hospitalares, dos hospitais e das unidades locais de saúde, atendendo ao seu especial enquadramento e características.

Assim, o vencimento mensal ilíquido dos membros dos conselhos de administração que exercem funções a tempo integral é definido tendo por base o valor padrão do vencimento mensal ilíquido do Primeiro-Ministro, bem como os critérios de classificação das empresas definidos na Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março.

A remuneração atribuída ao Conselho Fiscal é regulada pelo Despacho Conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e do Secretária de Estado da Saúde datado de 26 abril 2018, que determina o montante mensal de 869,37€ para o Presidente e de 652,03€ para os vogais, ambos pagos 14 vezes ao ano.

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

Foi emitida Declaração pelos membros do Conselho de Administração relativa ao conflito de interesses nos termos do n.º 1.º do art.º. 52.º do DL n.º 133/2013, de 3 de outubro.

Por outro lado, é cumprido o disposto no art.º 51.º do DL 133/2013 "Os membros dos órgãos de administração das empresas públicas abstêm-se de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas".

Não existem despesas realizadas pelos membros do Conselho de Administração.

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

As declarações de conflito de interesses do Conselho de Administração encontram-se em anexo.

B. Comissão de Fixação de Remunerações

Não aplicável, uma vez que o CHBM é uma entidade pública empresarial não está previsto nos estatutos a existência de Comissão para Fixação de Remunerações.

C. Estrutura das Remunerações

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

A política de remunerações dos membros do Conselho de Administração decorre dos critérios definidos na Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro, e dos critérios de classificação das empresas estabelecidos na Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março.

A remuneração atribuída ao Conselho Fiscal é regulada pelo Despacho Conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e do Secretária de Estado da Saúde datado de 26 abril 2018.

A remuneração atribuída ao Revisor Oficial de Contas tem em conta o Despacho conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e da Secretária de Estado da Saúde datado a 14 de dezembro de 2018, tendo em conta que o mesmo se mantém em exercício de funções até nova nomeação.

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

Em conformidade com o n.º 1 e 2 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público (Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Marco, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro) a remuneração dos membros do Conselho de Administração integra um vencimento mensal que não pode ultrapassar o vencimento mensal do Primeiro-Ministro. Integra ainda um abono mensal, pago 12 vezes ao ano, para despesas de representação no valor de 40 % do respetivo vencimento. Porém, e por força da Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro, durante a vigência do Programa de Assistência

Económica e Financeira a Portugal (PAEF), da aplicação das regras de fixação de remuneração estabelecidas pelo Estatuto do Gestor Público não pode resultar um aumento da remuneração efetivamente paga aos membros do conselho de administração, tendo por referência a remuneração atribuída à data.

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 aplicável, não existe uma componente variável da remuneração.

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

Não aplicável, não existe uma componente variável da remuneração.

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

Não aplicável, não está previsto no contrato de gestão atribuição de prémios.

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 se aplica ao CHBM, E.P.E. regimes complementares de pensões ou de reforma antecipada para os membros do conselho de administração.

D. Divulgação das Remunerações

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

O estatuto remuneratório é o decorrente do regime jurídico do sector empresarial do estado (Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro) e do estatuto do gestor público (aprovado pelo Decreto-Lei nº 71/2007 de 27 de março e republicado pela Lei n.º 8/2012 de 18 de janeiro), bem como da Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, publicada no DR, I série, n.º 61 de 26 de março.

Acresce que, por força da Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro, durante a vigência do PAEF as despesas de representação não são calculadas nos termos definidos no n.º 2 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público.

O montante anual da remuneração auferida e indicada no quadro que segue, incorpora as reduções previstas na Lei n.º 12-A/2010, de 30 de junho, na Lei do Orçamento de Estado e na Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro.

Ao abrigo do disposto no n.º 8 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público, um membro do Conselho de Administração optara pelo vencimento do lugar da origem.

Membro do Orgão de Administração Actual	Estatuto do Gestor Publico			
	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)	
			Vencimento	Despesas de representação
Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	S	B	4.304,94 €	1.721,97 €
Sónia Maria Alves Bastos	S	B	3.443,95 €	1.377,58 €
João Pedro Mendes dos Santos	S	B	3.443,95 €	1.377,58 €
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	N	B	4.971,63 €	1.377,58 €
António Manuel Silva Viegas	S	B	3.443,95 €	1.377,58 €

Membro do Orgão de Administração Actual	Remuneração Anual 2021 (€)					
	Fixa	Variavel	Bruta	Redução Remuneratória	Reversão Remuneratória	Valor Final
Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	80.933 €	NA	80.933 €	- €	- €	80.933,00 €
Sónia Maria Alves Bastos	64.746 €	NA	64.746 €	- €	- €	64.746,00 €
João Pedro Mendes dos Santos	64.746 €	NA	64.746 €	- €	- €	64.746,26 €
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	86.437 €	8.632 €	95.096 €	- €	- €	95.095,57 €
António Manuel Silva Viegas	64.746 €	NA	64.746 €	- €	- €	64.746,26 €
TOTAL			370.267,09 €	- €		370.267,09 €

Membro do Orgão de Administração Actual	Benefícios Sociais (€)							
	Valor do Sub. Refeição		Regime de Proteção Social		Seguro de Vida	Seguro de Saúde	Outras	
	Diário	Encargo anual da entidade	Entidade	Encargo anual da entidade	Encargo anual da entidade	Encargo anual da entidade		Encargo anual da entidade
Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	4,77 €	1.111,41 €	SS	18.553,56 €	NA	NA		
Sónia Maria Alves Bastos	4,77 €	1.087,56 €	CGA	15.377,23 €	NA	NA		
João Pedro Mendes dos Santos	4,77 €	1.130,49 €	SS	15.377,23 €	NA	NA		
Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier	4,77 €	992,16 €	CGA	22.100,73 €	NA	NA		
António Manuel Silva Viegas	4,77 €	1.159,11 €	CGA	15.377,23 €	NA	NA		
TOTAL		5.480,73 €		86.785,98 €				- €

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

Não aplicável, não existem entidades em relação de domínio.

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 aplicável, não existem lucros distribuídos.

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

Não se registaram pagamentos desta natureza em 2021.

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

Nome	Remuneração Anual 2021
Maria Leonor Betencourt Silva Dantas Jorge	12.207,72 €
Renato Felisberto Pinho Marques	9.155,86 €
José Manuel Gonçalves André	9.155,86 €
TOTAL	30.519,44 €

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

De acordo com os estatutos dos Hospitais E.P.E., o CHBM não dispõe de Assembleia Geral.

VIII. Transações com partes relacionadas e Outras

1. Apresentação de mecanismos implementados pela entidade para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas[3] e indicação das transações que foram sujeitas a controlo no ano de referência.

Os mecanismos implementados para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas resultam das normas de contratação pública em vigor no Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM) que decorrem do Código dos Contratos Públicos (CCP) aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008 de 29 de Janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 111-B/2017, de 31 de agosto (retificado pelas declarações de retificação n.º 36-A/2017, de 30 de outubro e n.º 42/2017, de 30 de novembro), pelo Decreto-Lei n.º 33/2018, de 15 de maio, pelo Decreto-Lei n.º 170/2019, de 4 de dezembro, pela Resolução da Assembleia da República n.º 16/2020, de 19 de março e pela Lei n.º 30/2021 de 21 de maio.

[3] Para efeitos do conceito de parte relacionada tenha-se em conta o que se encontra definido na NCP 20 (Norma contabilística e de relato financeiro 5. Divulgações de Partes Relacionadas), e também no n.º 4 do artigo 63.º do CIRC (Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas).

Em 2012 foi aprovada uma "Política de Aprovisionamento" que visa estabelecer as regras relativas à aquisição de bens, serviços e aquisição de empreitadas, bem como à gestão dos stocks no CHBM, concretizadas através da ação desenvolvida pelo Serviço de Aprovisionamento (SAp), com a participação dos clientes internos (utilizadores).

A preparação e realização da compra são sempre e apenas, efetuadas pelo SAp segundo as regras de contratação pública constantes no CCP e demais legislações aplicáveis. A "Política de Aprovisionamento" do CHBM é operacionalizada através da elaboração e implementação dos Procedimentos Gerais ou Sectoriais.

O SAp tem Certificação pela Norma ISO 9001:2015, desde 2009, tendo sido o primeiro serviço de aprovisionamento certificado a nível nacional por este referencial. Tendo em vista assegurar a eficiente utilização dos recursos, o eficaz controlo dos processos e a avaliação e minimização dos riscos identificados, estão aprovados e publicados 12 procedimentos internos, além do Manual de Qualidade e do Manual de Procedimentos e Boas Práticas na área da Contratação Pública.

Durante o ano a que se reporta o presente Relatório, não foi celebrado nenhum contrato de valor superior a 5M€, sendo, contudo, submetidos a fiscalização prévia do Tribunal de Contas todos os atos, contratos ou outros instrumentos geradores de despesa nos termos dos artigos 44.º a 48.º da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas. No ano 2021 foram submetidos a visto do Tribunal de Contas, procedimentos de contratação corresponde a Medicamentos e Empreitadas no âmbito do POSEUR.

As transações mais relevantes com entidades relacionadas, decorrem do serviço prestado aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, de acordo com as regras definidas no contrato programa.

No âmbito do Contrato Programa estabelecido para 2021 e tendo em consideração as instruções da ACSS, apuraram-se proveitos no valor global de 85,4 milhões de euros, distribuídos pelas seguintes rubricas:

PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS (SNS)	
	2021
Internamento	26.662.360 €
Consulta Externa	7.502.300 €
Urgência	6.203.575 €
Hospitais de Dia	814.752 €
GDH`s de Ambulatório	9.282.942 €
Outras Prestações de Serviços	19.132.931 €
Custos de Contexto	15.755.330 €
Total das Prestações de Serviço (SNS)	**85.354.190 €**

2. Informação sobre outras transações.

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

As presentes Normas Gerais de Contratação de bens, serviços e empreitadas de obras públicas, estabelecem a disciplina aplicável à contratação pública do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, adiante designado por CHBM, EPE, ao abrigo do disposto no Código dos Contratos Públicos (CCP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º

111-B/2017, de 31 de agosto (retificado pelas declarações de retificação n.º 36-A/2017, de 30 de outubro e n.º 42/2017, de 30 de novembro), pelo Decreto-Lei n.º 33/2018, de 15 de maio, pelo Decreto-Lei n.º 170/2019, de 4 de dezembro, pela Resolução da Assembleia da República n.º 16/2020, de 19 de março e pela Lei n.º 30/2021 de 21 de maio.

As normas presentes no Manual de Procedimentos e Boas Práticas na área da Contratação Pública aplicar-se-ão no âmbito da Gestão de Compras, da responsabilidade exclusiva do Serviço de Aprovisionamento, que se encontra centralizada na Unidade do Barreiro do CHBM, EPE.

À contratação pública, enquanto procedimento administrativo, é aplicável a generalidade dos princípios da atividade administrativa regulada em especial no CCP, sendo subsidiariamente aplicáveis, com as necessárias adaptações, as restantes normas de direito administrativo e, na falta destas, o direito civil.

O Manual de procedimentos e boas práticas na área da contratação pública foi atualizado em 2021.

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/manual_boas_praticas_contratacao_publica_21.pdf

As transações relevantes com outras entidades, são as seguintes:

Nome	Descrição	Valor (€)
Casais - Engenharia e Construção	Empreitadas	2.033.267,00 €
Gilead Sciences, Lda.	Matérias Primas	2.007.435,00 €
Janssen-Cilag Farmacêutica,Lda	Matérias Primas	1.699.365,00 €
Viivh Healthcare,Unipessoal,Ld	Matérias Primas	1.578.252,00 €
Roche Farmaceutica Quimica, Lda	Matérias Primas	1.568.990,00 €
Abbott Laboratórios, Lda	Matérias Primas	1.230.446,00 €
Novartis Farma, Sa.	Matérias Primas	661.891,00 €
Laboratórios Pfizer, SA	Matérias Primas	630.660,00 €
Abbvie, Lda	Matérias Primas	620.918,00 €
Msd-Merck Sharp & Dohme,Lda	Matérias Primas	610.779,00 €

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

Não existem transações que tenham ocorrido fora das condições de mercado.

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

Lista de fornecedores com transações com a empresa que representem mais de 5% dos fornecimentos e serviços externos.

NIF	Nome	Valor
501323325	UNISELF, Lda.	1.659.415,00 €
980122538	Eulen, SA	1.395.252,00 €
500900469	SUCH - Serv. Comum Hospitalar	933.697,00 €
501326456	Prestibel - Emp. Segurança, SA	637.452,00 €

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

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

O CHBM, EPE, perfilando-se como uma empresa prestadora de serviços de saúde de excelência à população da sua área de atração dos concelhos de Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, procura garantir a acessibilidade aos doentes da sua carteira de serviços e assegurar o necessário desenvolvimento técnico e tecnológico.

A pandemia covid-19 foi de uma intensidade extrema, entre março 2020 e março 2021, com períodos de suspensão completa da sociedade em situação de confinamento, intercalado por períodos de "alguma normalização" fruto da resposta vacinal à pandemia e porque a intensidade do vírus é menor no período de Primavera e Verão.

A estratégia do CHBM no ano 2021 teve como principio o retorno gradual da atividade assistencial programada com a implementação de medidas tendentes a garantir o aumento da produção a realizar, bem como o cumprimento das metas dos indicadores de qualidade e eficiência definidos no âmbito do Contratos Programa de 2021. A par disso, igualmente a implementação de uma gestão rigorosa do orçamento económico disponível, mas com a evidente necessidade reforçar as equipas clínicas e garantir a realização de investimentos prementes para a prestação de cuidados, que tinham sido iniciados 2019 antes da pandemia e novos investimentos decorrentes da pandemia.

Nesta linha, mantêm-se em execução os principais investimentos iniciados pelo CHBM, bem como a candidatura a novos programas de financiamento para o Serviço Nacional de Saúde, alavancando a estratégia de incremento da atividade assistencial do Centro Hospitalar.

Por outro lado, pretende-se dar continuidade à promoção da atividade assistencial de ambulatório, nomeadamente o incremento da cirurgia de ambulatório, e fruto da pandemia, dar continuidade à realização de atividade assistencial com recurso a novas tecnologias de acompanhamento dos doentes à distancia, como foram e são as teleconsultas médicas e de enfermagem, que permitiram que a atividade assistencial de consulta externa tivesse continuidade em termos da oferta à população.

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

O CHBM mantém o seu empenho na diferenciação e distinção da atividade assistencial desenvolvida, destacando-se os Serviços de Pediatria, Oncologia e Bloco Operatório que mantêm os diplomas de acreditação, pela Direção-geral de Saúde (DGS), em conformidade com o Modelo de Acreditação da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA). A Pediatria e a Oncologia viram os seus serviços com

certificação renovada em 2018 e o Bloco Operatório foi certificado no ano 2017, sendo este último serviço o primeiro do SNS a ser acreditado através deste Modelo.

Em 2021, a Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital do Montijo foi acreditada pela Direção-Geral de Saúde, em conformidade com o Modelo de Acreditação da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA). A equipa da UCA Montijo iniciou o processo de acreditação em março de 2019, no âmbito da estratégia organizacional de qualidade do CHBM, passando pelas fases de candidatura, autoavaliação e auditoria externa, tendo sido concluído em setembro de 2021 com o reconhecimento e acreditação.

O Modelo de acreditação ACSA, aprovado pelo Ministério da Saúde Português, foi adotado pela DGS por ser o que melhor se adapta aos critérios definidos na Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde e por ser um modelo consolidado e reconhecido, concebido para um sistema público de saúde, de organização semelhante ao português e destinatários idênticos em temos demográficos e epidemiológicos.

O Serviço de Recursos Humanos foi certificado pela Norma NP EN ISO 9001:2015, para a atividade de "Planeamento, Recrutamento, Seleção, Admissão, Acolhimento, Integração, Gestão de carreiras, Gestão das remunerações e Gestão do desempenho dos Recursos Humanos". O Sistema de Gestão da Qualidade implementado pelo Serviço de Recursos Humanos foi reconhecido pela EIC – Empresa Internacional de Certificação S.A

Ainda em 2021 iniciaram-se os procedimentos para a certificação pela primeira vez do Serviço de Imunohemoterapia, e preparam-se os processos para as renovações da Pediatria, Bloco Operatório Central e Serviço de Aprovisionamento.

Em Dezembro de 2019, o Centro Hospitalar iniciou a atividade da Unidade de Hospitalização Domiciliária da Área Cirúrgica (UHDAC) composta por uma equipa multidisciplinar - médicos, enfermeiros, farmacêutico e assistente social – destinada aos doentes do Serviço de Cirurgia Geral que tenham uma situação clínica transitória e estável nas patologias do pé diabético, trombose venosa profunda e diverticulites, aceitando de forma voluntária a hospitalização domiciliária, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. A lotação inicial desta nova valência é de 5 camas, sendo ajustada em função da procura que vier a ser registada e da capacidade da equipa. No dia 1 novembro 2020, o Centro Hospitalar alarga a sua oferta com a criação da Unidade Médica de Hospitalização Domiciliária (UMHD) destinada também a doentes residentes nos concelhos abrangidos pela área de influência do CHBM com patologias do foro médico e/ou com doença incurável, avançada e progressiva, ou processo orgânico degenerativo em situação terminal, que aceitem de forma voluntária a hospitalização domiciliária. Esta unidade inicia também a sua atividade com 5 camas/doentes. As duas unidades em conjunto alcançam no ano 2021 um total de 338 doentes saídos, ou seja, um crescimento de atividade em mais do dobro, face aos 150 doentes saídos do ano 2020.

No ano 2021 são ainda de destacar a entrada em funcionamento do novo acelerador linear do Serviço de Radioterapia, após ter sido obtida licença de utilização pela Agência Portuguesa de Ambiente, tendo sido adquirido ao abrigo do Lisboa2020, programa operacional regional para a área da Grande Lisboa com o objetivo de "Reforçar a Investigação, o Desenvolvimento Tecnológico e a Inovação" neste território. O investimento de 2,4 milhões de euros, visou substituir um dos dois equipamentos existentes no Serviço, permitindo assim acompanhar a evolução tecnológica e científica desta área fundamental da Oncologia; e a criação do Departamento de Urgencia, Emergência e Medicina Intensiva (DUEMI), em novembro de 2021, com o objetivo conferir uma maior articulação entre os serviços que o compõem,

evitar redundâncias e rentabilizar os recursos humanos e físicos, dotado de autoridade e responsabilidade de gestão sobre um conjunto de áreas de ação médica, nomeadamente o Serviço de Urgência Geral, o Serviço de Urgência Básica, a Unidade de Cuidados Intensivos e a Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

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

a) Definição de uma política de responsabilidade social e de desenvolvimento sustentável e dos termos do serviço público prestado, designadamente no âmbito da proteção dos consumidores;

A satisfação dos utentes, enquanto indicador da qualidade dos serviços de saúde, reveste-se da maior importância, quer para entender as reações às políticas definidas para o sector, quer para avaliar o grau de correção da qualidade em resultado da sua aplicação. Neste sentido, e no âmbito do Sistema Integrado de Gestão por Objetivos (SIGO) e numa perspetiva de melhoria contínua, o Centro Hospitalar Barreiro Montijo realiza anualmente um inquérito de satisfação aos utentes.

Em 2021, devido à pandemia COVID-19 e tendo em conta as medidas preventivas que urgiu adotar e manter, nomeadamente o impedimento de utentes e familiares no edifício hospitalar que não fosse exclusivamente para a prestação de cuidados, este questionário geral não foi aplicado, tendo apenas sido possível efetuar inquéritos setoriais. Assim, realizaram-se inquéritos setoriais no Serviço de Imunohemoterapia, a Unidade de Cirurgia de Ambulatório e o Bloco Operatório.

No final do ano foi possível concretizar a adoção de nova metodologia para recolha da avaliação da satisfação dos utentes e sua perceção da qualidade dos serviços prestados, através de terminais eletrónicos higienizáveis e com recurso a tecnologia de toque (*touch-screen*). Estes terminais *SmileyTouch da HappyOrNot*, tiveram a sua primeira utilização nos Serviços de Pediatria e Oncologia, avaliando as áreas de ambulatório (Consulta de Pediatria e Sessão de Hospital de Dia/Consulta de Oncologia, respetivamente). Trata-se de uma metodologia mais user friendly e fácil de usar pelos utentes, que recorre a uma escala de faces para avaliação da satisfação, pedindo de seguida qual o fator mais determinante para a satisfação ou insatisfação.

No ano de 2021 foram registadas no Gabinete do Cidadão 1300 exposições no CHBM, das quais 1179 foram reclamações, 114 elogios e 7 sugestões. Comparativamente ao ano de 2020, verifica-se um aumento de 218 exposições (20,15%), para o qual contribuíram os acréscimos verificados nas reclamações e nos elogios, 201 e 22, respetivamente. Foram anuladas/arquivadas 22 reclamações.

O tempo de espera para atendimento clínico não programado (superior a 1 hora); o direito a tratamento pelos meios adequados, humanamente, com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito; a adequação e pertinência dos cuidados de saúde/procedimentos e a qualidade da informação de saúde disponibilizada, foram os assuntos mais visados nas reclamações com 467, 186 e 61 registos, respetivamente. Os Serviços Clínicos representaram 94% dos serviços visados nas reclamações, sendo o Serviço de Urgência Geral (800); a Urgência Pediátrica (63) e o Serviço de Urgência Básica (51) os mais visados. A prevalência das reclamações visando os Serviços de Urgência é uma tendência demonstrada nos últimos anos pela expetativa de resposta imediata por parte da população, ainda que os Serviços de Urgência não sejam o garante da prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Ao nível da promoção e valorização individual dos recursos humanos, o Centro Hospitalar continuou a promover diversas ações de aprendizagem e desenvolvimento quer para profissionais da instituição, quer para profissionais de outras instituições, sendo algumas também dirigidas a utentes e familiares que utilizam os cuidados de saúde no Centro Hospitalar. Devido à pandemia COVID-19 foi suspensa a realização de ações de formação em formato presencial e alargado, pelo que a Academia de Formação, recorreu à realização de formação nos formatos alternativos de *e-learning e webinars* em diversas áreas (Gestão da Qualidade, Competências em Office, Segurança do Doente, entre outras) e prevaleceu a formação realizado em serviço.

O CHBM colabora na inclusão social (empregabilidade) através da adesão ao Programa Impulso jovem, bem como protocolos com Universidades, Institutos Politécnicos e outras Escolas Superiores, através da oferta de estágios académicos.

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

O CHBM tem um Manual de Boas Práticas Ambientais, onde estão elencadas medidas de eficiência hídrica e energética adotadas e a adotar, tendo em vista a redução de consumos de água e energia, nomeadamente:

- ✓ monitorização pelo Gestor Local de Energia e Carbono dos indicadores de consumo;
- ✓ redução da pressão do abastecimento de água a partir da rede pública;
- ✓ instalação de redutores de caudal em todas as torneiras;
- ✓ instalação de torneiras de pressão ou temporizadas;
- ✓ otimização das temperaturas de climatização;
- ✓ substituição gradual de janelas em zonas climatizadas;
- ✓ aplicação de películas refletoras em vãos envidraçados;
- ✓ substituição progressiva de iluminação por equipamentos mais eficientes;
- ✓ criação de pastas informáticas partilhadas por forma a facilitar o acesso à informação e reduzir a impressão de documentos;
- ✓ continuação da centralização de equipamentos informáticos de impressão;
- ✓ redução dos dispositivos de impressão a cores;
- ✓ programação de equipamentos multifunções para impressão frente e verso em modo *draft*;
- ✓ "Pare, Pense, Mude: Pequenos gestos, grandes mudanças". Este é o mote para a segunda Campanha de Sustentabilidade Ambiental, desenvolvida no âmbito do Programa de Eficiência Energética (Eco.AP) e do Plano Estratégico do Baixo Carbono (PEBC) do Ministério da Saúde.

Foi dada continuidade à implementação das medidas previstas no Guia de Combate ao Desperdício, com trabalho executado pelo Serviço de Nutrição e Alimentação em articulação com os serviços de internamento, para reduzir o desperdício alimentar nas refeições fornecidas pelo CHBM. A iniciativa "Monitorização do Desperdício Alimentar no Centro Hospitalar Barreiro Montijo" tem como principais objetivos a avaliação do desperdício alimentar em meio hospitalar de forma a aumentar a satisfação dos doentes com a alimentação fornecida, permitindo prevenir a desnutrição em meio hospitalar, em simultâneo com a redução de desperdício alimentar.

Em abril de 2017 o CHBM candidatou-se ao Programa Operacional da Sustentabilidade e Eficiência no Uso de Recursos (POSEUR), apresentando um projeto no valor de 5,2M€, cujo termo de aceitação foi

assinado a 20 de outubro. Este Programa visa implementar um projeto integrado de gestão e racionalização energética no Hospital de Nossa Senhora do Rosário - Barreiro, que se prevê venha a ter um impacto de redução nos consumos na ordem dos 45% de energia, num montante global de cerca de 310 mil euros por ano. Este projeto mantém a sua execução até final do ano de 2022.

No ano 2020, a requalificação do Campus Hospitalar do Hospital Nossa Senhora do Rosário, para além de concretizar a renovação do parque de estacionamento, permitiu a colocação de uma área com painéis fotovoltaicos contribuindo para injetar na rede elétrica da instituição hospitalar cerca de 400.000 Quilowatts/ano.

c) Adoção de planos de igualdade tendentes a alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, a eliminar discriminações e a permitir a conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional;

O CHBM promove uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, eliminando as discriminações e permitindo sempre que possível a conciliação da vida pessoal, familiar e profissional. Tem promovido a igualdade de oportunidades, respeito pelos direitos humanos de não discriminação, no cumprimento da legislação em vigor nesta matéria, nomeadamente no que respeita à política de contratações e de atribuição de todos os direitos e regalias previstos na legislação. Para que esta igualdade seja completamente conseguida, é necessário que seja exercida em todos os aspetos da vida individual e social. A eliminação das desigualdades entre homens e mulheres é um objetivo que deve ser prosseguido por todos, com especial enfoque naqueles cuja influência e posicionamento serve de referencial social, como é o caso das Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde.

Objetivos gerais

- Garantir a igualdade de oportunidades e de tratamento entre homens e mulheres no CHBM.
- Constituir um exemplo, interno e externo, de boas práticas na área da saúde no que respeita à Igualdade de Género.

Objetivos específicos

- Fomentar a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no CHBM.
- Contribuir para o desenvolvimento de medidas de conciliação da vida familiar e profissional.

Em 2021 é aprovado o Relatório sobre Remunerações por Género 2020, concluindo em cumprimento do previsto na Lei e também enquanto entidade empregadora publica, o CHBM, EPE investe numa politica de igualdade de oportunidades entre mulheres e homens, bem identificada nos processos de recrutamento e seleção, na promoção e progressão da carreira, prevenindo assim qualquer forma de descriminação. A taxa de feminilidade do CHBM, EPE corresponde a 80,95% do total dos colaboradores efetivos. A diminuta representatividade do género masculino nos vários grupos profissionais, excetuando-se o Conselho de Administração, Pessoal de Informática e Outro Pessoal, não resulta da utilização de práticas discriminatórias, mas pela ausência de participação de profissionais do género masculino na maioria dos processos de recrutamento e seleção.

Relativamente às remunerações processadas, é aplicada a mesma tabela salarial a todos os profissionais do CHBM, EPE independentemente do género e da natureza do vinculo contratual - contrato de trabalho em Funções Públicas ou contrato de trabalho, pelo que as diferenças salariais resultam da categoria

profissional em que cada trabalhador está inserido, regime de trabalho, posição remuneratória e não em função do género.

Foi aprovado a 29 de dezembro de 2017 o Plano de Igualdade de Género do CHBM.

Plano de Igualdade de Género

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/Plano_Igualdade_17.pdf

d) Referência a medidas concretas no que respeita ao Princípio da Igualdade do Género, conforme estabelecido no n.º 1 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 19/2012, de 23 de fevereiro e à elaboração do relatório a que se refere o n.º 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2014, de 7 de março;

Objetivos

- Garantir a igualdade de oportunidades e de tratamento entre homens e mulheres no CHBM;
- Constituir um exemplo, interno e externo, de boas práticas na área da saúde no que respeita à Igualdade de Género;
- Fomentar a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no CHBM;
- Contribuir para o desenvolvimento de medidas de conciliação da vida familiar e profissional.

Medidas

- Inclusão da dimensão "igualdade de género" nos Planos e Relatórios de Atividades, bem como noutros documentos estratégicos do CHBM;
- Promover o tratamento dos dados estatísticos da instituição por género;
- Criar instrumentos de avaliação da Igualdade de Género, na Instituição;
- Promover o emprego feminino em setores de trabalho tradicionalmente ocupados exclusivamente por homens;
- Promover a existência de instrumentos e técnicas de recrutamento e seleção neutros;
- Promover a utilização da licença parental por parte de homens;
- Promover mecanismos de informação sobre a parentalidade;
- Potenciar os serviços oferecidos pela Casa do Pessoal, destinados à conciliação entre a vida profissional e familiar e facilitação do seu uso;
- Avaliação do Índice Potencial Motivador:
- Impulsionar o estabelecimento de novos protocolos que satisfaçam as necessidades dos colaboradores, numa estratégia de ação e responsabilidade social;
- Estabelecer medidas de sensibilização e prevenção;
- Criar mecanismos de queixa e resolução das situações de assédio e discriminação de género;
- Promover a formação e aprendizagem dos trabalhadores, em igualdade de género, cidadania e não discriminação;
- Promover o respeito pela dignidade de mulheres e homens;
- Promover ações de formação/sensibilização sobre a temática "igualdade de género", designadamente:
- Planeamento familiar, contraceção e IVG;

- Violência Doméstica;
- Assédio Sexual e Moral no local de trabalho.

Foi aprovado a 3 de setembro de 2021 o relatório sobre as remunerações por género do CHBM.

Relatório sobre Remunerações por Género 2020

http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/328/rel_remuneracoes_genero20.pdf

e) 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;

O Conselho de Administração tem promovido medidas que favoreçam a incorporação, a permanência e o desenvolvimento da carreira profissional das pessoas que participam na organização e em todos os níveis de responsabilidade, nomeadamente:

- Conciliação da vida pessoal com a vida profissional com o objetivo de aumentar a satisfação e a motivação dos colaboradores, possibilitando oportunidades de usufruto da vida privada e de investimento e dedicação à carreira profissional, o CHBM promove diversas atividades para os filhos dos colaboradores em períodos de quadras festivas.
- Melhoria dos locais de trabalho com a melhoria contínua das condições de segurança e saúde, através da promoção de um ambiente de trabalho seguro e saudável para os profissionais, prestadores de serviços, fornecedores, utentes e visitantes.
- Melhoria dos locais de pausa para refeições, designadamente a cafetaria destinada aos profissionais no Hospital de Nossa Senhora do Rosário, passando a dispor de um espaço exterior renovado e mais acolhedor.
- Envolvimento e participação dos trabalhadores através da elaboração de diversas ações que promovem a aprendizagem e desenvolvimento dos profissionais do CHBM, como Workshops e Ações de Formação/Sessões de Trabalho, sobre várias temáticas.
- Promoção de estilos de vida saudáveis através da apresentação de propostas para a promoção do bem-estar no local de trabalho.

f) 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. 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.).

A Unidade de Investigação Clinica, criada em outubro 2020, promoveu em 2021 uma candidatura aos Prémios AICIB 2021 (Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica), através da apresentação de um projeto de capacitação do centro de investigação clínica desenvolvido em conjunto com o ACES Arco Ribeirinho e a Universidade Nova de Lisboa, tendo recebido uma Menção Honrosa no âmbito da sua candidatura.

No âmbito da terceira candidatura ao Programa Operacional Lisboa 2020 sob o lema "Modernizar para melhor cuidar II", o CHBM conclui a obra de instalação de substituição do primeiro acelerador linear datado de 2005. O projeto faseado entre 2019 e 2021, no montante total de cerca de 2,4 milhões de euros, principiou com a obra de remodelação do bunker do Serviço de Radioterapia seguindo-se a instalação do novo equipamento que permitirá aumentar a capacidade de resposta interna para tratamentos complexos, através da realização de técnicas de radioterapia estereotáxica fracionada (SBRT), de radioterapia de intensidade modulada (IMRT) e de radioterapia guiada por imagem (IGRT). Apesar da pandemia este projeto apenas foi interrompido por 2 meses, denotando um grande esforço das equipas ibéricas para a sua continuidade dentro dos prazos, ficando a instalação física concluída em julho 2020, iniciando-se em sequencia a fase de testes, *commissioning* e relatórios técnicos de licenciamento da prática de Radioterapia. O acelerador linear entrou apenas em funcionamento em outubro 2021, após a obtenção da licença de funcionamento emitida pela Agencia Portuguesa do Ambiente.

As instalações da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) foram ampliadas, com a obra de execução a terminar em outubro de 2021. O investimento, na ordem dos 2 milhões de euros, permitiu a expansão do serviço e capacitação tecnológica da UCI, permitindo o isolamento até 6 doentes em simultâneo, 2 dos quais em quartos com pressão negativa. Esta intervenção permitirá aumentar a lotação da Unidade para 11 camas (Nível II e Nível III), apetrechando o Centro Hospitalar de uma infraestrutura mais adequada à intensidade dos cuidados prestados aos doentes em situação crítica e permitindo, adicionalmente, que a UCI passe a dispor de idoneidade formativa em medicina intensiva, para médicos em formação noutras especialidades. Esta expansão recebeu o primeiro doente Covid-19 no dia 27 janeiro 2022, evitando a transferência de doentes críticos para outras unidades hospitalares, contribuindo para a fluidez da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação em Medicina Intensiva, com premência para a possibilidade de tratamento simultâneo no CHBM de doentes críticos com outras patologias e de alguns dos doentes com patologia COVID-19 que careçam de ventilação e cuidados intensivos em quartos de pressão negativa, reduzindo a pressão da procura nos Hospitais Centrais da ARSLVT.

X. Avaliação do Governo Societário

1. Verificação do cumprimento das recomendações recebidas[4] relativamente à estrutura e prática de governo societário (vide artigo 54.º do RJSPE), através da identificação das medidas tomadas no âmbito dessas orientações. Para cada recomendação[5] deverá ser incluída:

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

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

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

[5] A informação poderá ser apresentada sob a forma de tabela com um mínimo de quatro colunas: "Referência"; "Recomendação"; "Aferição do Cumprimento"; e "Justificação e mecanismos alternativos".

O CHBM apresenta anualmente o relatório de boas práticas de governo societário, do qual consta informação atual e completa. Na elaboração do Relatório do Governo Societário de 2021 foi adotado o modelo de estrutura aprovado pela UTAM, de acordo com o Manual de Instruções divulgado.

Assim e em observância dos princípios vigentes e das orientações recebidas, pode concluir-se que o CHBM adotou as práticas de bom governo societário, conforme se indica:

- ✓ A missão e os objetivos determinados foram cumpridos, de forma económica, financeira, social e ambientalmente eficiente, procurando salvaguardar e expandir a sua competitividade, com respeito pelos princípios de responsabilidade social, desenvolvimento sustentável, de serviço público e de satisfação das necessidades da coletividade. A atividade desenvolvida centrou-se nos seguintes objetivos: melhoria da eficiência operacional; promoção da sustentabilidade económico-financeira; melhoria da qualidade.
- ✓ Elaboraram-se planos de atividades e orçamentos adequados aos recursos e fontes de financiamento disponíveis, tendo em conta o cumprimento da missão e objetivos.
- ✓ Definiram-se estratégias de sustentabilidade nos domínios económico, social e ambiental, identificando, para o efeito, os objetivos a atingir e explicitando os respetivos instrumentos de planeamento, execução e controlo.
- ✓ Atualizou-se o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas em função das mais recentes recomendações do Conselho de Prevenção de Corrupção, designadamente, a Recomendação n.º 3/2015 (DR, 2.ª, n.º 132, 09/07/2015), adotando-se novas orientações quanto à identificação dos riscos de gestão e de corrupção relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo, assim como quanto à designação dos responsáveis pela execução e monitorização do Plano, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios.
- ✓ Adotou-se um código de ética que contempla exigentes comportamentos éticos e deontológicos, procedendo-se à sua divulgação por todos os seus colaboradores, clientes, fornecedores e pelo público em geral
- ✓ Adotou-se um plano de igualdade e de género, tendente a alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, a eliminar as discriminações e a permitir a conciliação da vida pessoal, familiar e profissional.
- ✓ Foram atualizados e divulgados os procedimentos em matéria de aquisição de bens e serviços e os critérios de adjudicação são orientados por princípios de economia e eficácia para assegurar a eficiência das transações realizadas e a igualdade de oportunidades para todos os interessados habilitados para o efeito. Estes procedimentos estão em conformidade com a Qualidade da Norma ISO:9001 e são alvo de certificação pela APCER desde 2009.
- ✓ O CHBM tem um Conselho Fiscal, as contas são auditadas por um Revisor Oficial de Contas e mantém um sistema de controlo dos ativos (Remete-se para a certificação legal, relatório e parecer do revisor oficial de contas).
- Dispõe, também, de um serviço de auditoria interna a quem compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo, nos termos definidos nos Estatutos.

2. Outras informações: a entidade deverá fornecer quaisquer elementos ou informações adicionais que, não se encontrando vertidas nos pontos anteriores,

sejam relevantes para a compreensão do modelo e das práticas de governo adotadas.

Não existem outras informações relevantes a prestar neste contexto.

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 entidades 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)[6]

A demonstração não financeira encontra-se explanadas em anexo ao presente documento.

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

O extrato da ata de aprovações do RGS 2021 encontra-se em anexo.

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

De acordo com a informação do Conselho Fiscal, o relatório previsto no n. º2 do art.º 54º do RJSPE será emitido no âmbito do Relatório e Parecer Anual do Conselho Fiscal sobre os documentos de prestação contas de 2021, que à data de aprovação do presente relatório ainda não tinha sido emitido.

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

No que respeita ao estabelecido no art.º n.º 52.º da mesma legislação, relativamente às participações patrimoniais, remete-se em anexo as devidas declarações.

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 2021.

Ainda não foi emitido por parte dos titulares da função acionista, Despacho de aprovação da prestação das contas do ano 2021.

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

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O Presidente do Conselho de Administração

Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes

O Vogal do Conselho de Administração

João Pedro Mendes dos Santos

A Vogal do Conselho de Administração

Sónia Maria Alves Bastos

A Diretora Clínica

Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier

O Enfermeiro Diretor

António Manuel Silva Viegas

ANEXOS

VI.A.2

CHBM

Centro Hospitalar

Barreiro Montijo EPE

Regulamento de comunicação interna de irregularidades

Serviço de Auditoria Interna

Capítulo I - Enquadramento

De acordo com o disposto na alínea b) do n.º 2 do artigo 17.º do anexo II do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, republicado pelo Decreto-Lei n.º12/2015, de 26 de Janeiro, compete ao Serviço de Auditoria Interna "*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.*" Tendo ainda em consideração que nos termos do disposto no n.º 4 do artigo 17.º-A do referido diploma "*Mediante proposta do serviço de auditoria interna, deve ser aprovado pelo conselho de administração do hospital E. P. E. um regulamento que defina as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades...*", é elaborado o presente regulamento de comunicação de irregularidades.

Capítulo II - Âmbito

Artigo 1.º
Objectivo

O Regulamento de Comunicação de Irregularidades estabelece os procedimentos internos para a recepção, registo e tratamento das comunicações de irregularidades recebidas pelo Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE.

Artigo 2.º
Matérias abrangidas

As comunicações de irregularidades recebidas pela instituição são relativas a factos que indiciem (de acordo com o n.º4 do artigo 17.º-A do Decreto-Lei n.º12/2015, de 26 de Janeiro):

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) Dano, abuso ou desvio relativo ao património do Centro Hospitalar;
c) Dano, abuso ou desvio relativo ao património dos utentes;
d) Prejuízo à imagem ou reputação do Centro Hospitalar.

Artigo 3.º
Matérias excluídas

As comunicações apresentadas que excedam o âmbito descrito no número anterior não serão objecto de tratamento pelo Serviço de Auditoria Interna (SAI). No entanto, caso sejam recebidas, será

informado o remetente da comunicação do não tratamento da mesma e indicação de qual meio que deverá ser utilizado, de entre os meios em vigor no CHBM.

Artigo 4.º
Carácter Voluntário

O presente regulamento tem subjacente um regime voluntário de comunicação de irregularidades.

Capítulo III – Comunicação das Irregularidades

Artigo 5.º
Forma de Comunicação

1 - As comunicações são feitas na forma escrita, por carta ou correio electrónico.

2 - As comunicações de indícios de irregularidades, abrangidas pelo presente Regulamento, são enviadas ao SAI, devendo obedecer aos seguintes critérios:

a) Entregue em envelope fechado, se remetido por carta;

b) Menção de "confidencial" no assunto da mensagem (no caso de correio electrónico) ou inscrita na parte exterior do envelope;

c) Identificação do autor da comunicação, não sendo objecto de tratamento comunicações anónimas;

d) Indicação expressa de que prescinde do anonimato, caso assim o deseje;

e) Conter uma descrição dos fatos relevantes que sustentam a alegada irregularidade, bem como de elementos de prova que a sustentem.

3 - Todas as comunicações devem apresentar a identificação do autor, pelo que só excepcionalmente e mediante análise, serão aceites e tratadas informações anónimas.

Artigo 6.º
Canais de Comunicação

1 - As comunicações de irregularidades podem ser remetidas através dos seguintes meios:

a) Correio Electrónico:
irregularidade@chbm.min-saude.pt

b) Correio Postal:
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.
Serviço de Auditoria Interna
Avenida Movimento das Forças Armadas

2 - Estes meios de comunicação serão objecto de divulgação no sítio da intranet e da internet do CHBM,EPE.

Artigo 7.º
Confidencialidade

1 - Todas as comunicações de irregularidades recepcionadas, abrangidas pelo presente Regulamento, serão tratadas como confidenciais, garantindo-se o anonimato do seu autor, salvo se este manifestar, expressamente e inequivocamente que não pretende usufruir de tal prerrogativa.

2 - A informação comunicada ao abrigo do presente Regulamento, será utilizada única e exclusivamente para as finalidades nele previsto.

Artigo 8.º
Garantia de não discriminação

1 - O Centro Hospitalar Barreiro Montijo não poderá desenvolver acções retaliatórias para com os seus colaboradores que comuniquem, colaborem, prestem alguma informação ou assistência no âmbito das averiguações das comunicações de irregularidades.

2 - Não obstante o disposto no número anterior, as comunicações de irregularidades com manifesta falsidade ou má-fé, constituirá matéria passível de acção disciplinar, proporcional à infracção cometida.

Capítulo IV – Tratamento das Irregularidades

Artigo 9.º
Procedimentos

Etapas do procedimento:

a) Registo da comunicação de irregularidade;
b) Análise preliminar;
c) Elaboração de relatório da análise preliminar.

Artigo 10.º
Registo da Comunicação de Irregularidade

As comunicações recebidas pelo Serviço de Auditoria Interna serão objecto de registo e tratamento da seguinte forma:

a) Atribuição de número identificativo da comunicação;
b) Data de recepção;
c) Modo de recepção (email ou carta);
d) Breve descrição da natureza da comunicação;
e) Medidas adoptadas face à comunicação;
f) Estado actual do respectivo processo (pendente ou encerrado).

Artigo 11.º
Análise preliminar

1 - As comunicações de irregularidades, após registadas, serão alvo de uma análise preliminar por parte do SAI.
2 - Se necessário, podem ser envolvidos outros colaboradores do Centro Hospitalar na análise da comunicação, nomeadamente a Comissão de Acompanhamento da Prevenção da Corrupção.
3 - A análise preliminar, procura certificar-se do seguinte:
    a) Comunicação enquadra-se no âmbito do presente regulamento;
    b) Carácter irregular dos factos reportados;
    c) A viabilidade de investigação com o nível de detalhe necessário;
    d) Identificação das pessoas envolvidas ou que tenham conhecimento de factos relevantes para a irregularidade em causa.

Artigo 12.º
Relatório da análise preliminar

1 - Concluída a análise preliminar, será elaborado um relatório que engloba os pontos referidos no artigo anterior, uma semana após recepção da irregularidade.
2 - Através deste relatório será dada uma proposta de posterior averiguação dos factos ou de arquivamento da comunicação.

3 - O relatório pode conter medidas de reforço do Sistema de Controlo Interno, em função da identificação de fragilidades identificadas.

4 - O relatório é remetido ao Conselho de Administração para deliberação.

Capítulo V – Disposições Finais

Artigo 13.º
Relatório de Actividades

No relatório anual sobre a actividade desenvolvida que o Serviço de Auditoria Interna prepara, será acrescentado um ponto relativo às comunicações de irregularidades recebidas e tratamento interno dado às mesmas, onde consta:

a) O número de comunicações recebidas;

b) Resumo do teor de cada comunicação de irregularidade recebida;

c) O estado em que cada comunicação se encontra;

d) As medidas tomadas no âmbito das comunicações de irregularidades recebidas.

Artigo 14.º
Alterações ao regulamento

1 - Sempre que se justifique, o presente regulamento poderá ser alvo de actualização.

2 - As alterações só entram em vigor após aprovação pelo Conselho de Administração.

Artigo 15.º
Vigência

O presente Regulamento entra em vigor imediatamente após a sua aprovação pelo Conselho de Administração.

Visto e aprovado em Conselho de Administração
de 19 de março de 2015

VII.A.3

ANEXO

[*NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO*]

Exmo. Senhor
Inspetor-Geral de Finanças
Rua Angelina Vidal, n.º 41
1199-005 LISBOA

Data:

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

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

Nome: Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes
NIF: 196756030
Morada: Rua Infante D. Pedro n.º 4 Aroeira
Código Postal: 2820-066 Charneca da Caparica
E-mail: pedro.lopes@chbm.min-saude.pt
Telefone: 962049891

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

Empresa/Entidade(*): Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Entidade Pública Empresarial
NIF: 509186998
Morada da Sede: Av.ª Movimento das Forças Armadas
Código Postal: 2834-003 BARREIRO
E-mail: admin@chbm.min-saude.pt
Telefone: 212049310
Fax: 212147132

Cargo para que foi nomeado/eleito: Presidente do Conselho de Administração
Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 03/11/2016
Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2018

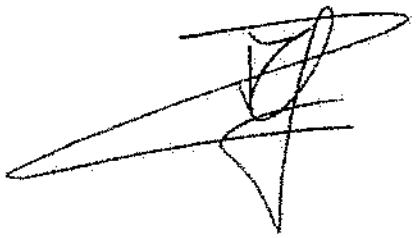
(*) Deve enviar à IGF uma declaração por cada nomeação/eleição.

Tendo sido nomeado/eleito para o cargo referido, na empresa/entidade acima indicada, declaro:

1. Em cumprimento do disposto no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.

2. De acordo com o nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade.

3. Nos termos do preceituado no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, que **não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.



ANEXO

[*NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO*]

Exmo. Senhor

Inspetor-Geral de Finanças

Rua Angelina Vidal, n.º 41

1199-005 LISBOA

Data:

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

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

Nome: Sónia Maria Alves Bastos
NIF: 204481651
Morada: Rua Futebol Clube de S. Francisco, n.º 110 1º frente
Código Postal: 2890-486 São Francisco, Alcochete
E-mail: sonia.bastos@chbm.min-saude.pt
Telefone: 969844432

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

Empresa/Entidade(*): Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Entidade Pública Empresarial
NIF: 509186998
Morada da Sede: Av.ª Movimento das Forças Armadas
Código Postal: 2834-003 BARREIRO
E-mail: admin@chbm.min-saude.pt
Telefone: 212049310
Fax: 212147132

Cargo para que foi nomeado/eleito: Vogal Executivo
Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 03/11/2016
Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2018

(*) Deve enviar à IGF uma declaração por cada nomeação/eleição.

Tendo sido nomeado/eleito para o cargo referido, na empresa/entidade acima indicada, declaro:

1. Em cumprimento do disposto no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.

2. De acordo com o nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade.

3. Nos termos do preceituado no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, que **não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

ANEXO

[NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO]

Exmo. Senhor

Inspetor-Geral de Finanças

Rua Angelina Vidal, n.º 41

1199-005 LISBOA

Data:

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

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

Nome: António Manuel da Silva Viegas
NIF: 158096830
Morada: Praceta Pátrias Livres, n.º 28 2º Esq
Código Postal: 2830-021 Barreiro
E-mail: antonio.veigas@chbm.min-saude.pt
Telefone: 963261924

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

Empresa/Entidade(*): Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Entidade Pública Empresarial
NIF: 509186998
Morada da Sede: Av.ª Movimento das Forças Armadas
Código Postal: 2834-003 BARREIRO
E-mail: admin@chbm.min-saude.pt
Telefone: 212049310
Fax: 212147132

Cargo para que foi nomeado/eleito: Vogal Executivo
Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 03/11/2016
Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2018

(*) Deve enviar à IGF uma declaração por cada nomeação/eleição.

Tendo sido nomeado/eleito para o cargo referido, na empresa/entidade acima indicada, declaro:

1. Em cumprimento do disposto no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.

2. De acordo com o nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade.

3. Nos termos do preceituado no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, que **não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

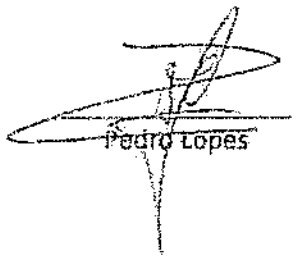
Adriano Manuel Silva Vieira

DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES E IMPEDIMENTOS PARA GESTOR PÚBLICO

(artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março)

Eu, Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes, declaro não possuir qualquer impedimento e incompatibilidade previstas no artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março ou em outra legislação especial aplicável

Lisboa, 02/09/2016



DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES E IMPEDIMENTOS PARA GESTOR PÚBLICO

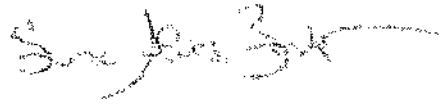
(artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março)

Eu Sónia Maria Alves Bastos

Declaro não possuir qualquer impedimento e incompatibilidade previstas no artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março ou em outra legislação especial aplicável

Lisboa, 31 de agosto de 2016

Assinatura



DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES E IMPEDIMENTOS PARA GESTOR PÚBLICO

(artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março)

Eu António Manuel Silva Viegas declaro não possuir qualquer impedimento

e incompatibilidade previstas no artigo 22.º do DL, n.º 71/2007, de 27 de março ou em outra legislação especial aplicável

Lisboa, 2016 / 08 / 09

Assinatura António Manuel Silva Viegas

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

40 ANOS | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

10 ANOS CHBM

Exmo. Senhor
Dr. Fernando Medina
Presidente do Conselho Metropolitano
Área Metropolitana de Lisboa
Rua Cruz de Santa Apolónia, 23-25
1100-187 Lisboa

V /Ref.ª: Data: PC/136/2019 N/Ref.ª:

27.JUN19 004123

Assunto: **Conselho Consultivo - pedido de nomeação**

Vem o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, doravante CHBM, ao abrigo do artigo 21.º do Anexo II, do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, na sua última redacção, que estabelece os estatutos dos Hospitais EPE, expor e requerer a V. Ex.ª o seguinte:

1. O CHBM encontra-se desde o início de 2016 sem Presidente do Conselho Consultivo;
2. Com efeito, o Dr. António Afonso Reynaud de Melo Pires foi nomeado Presidente do Conselho Consultivo do CHBM pelo Despacho n.º 1505/2015, do Sr. Ministro da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 12 de fevereiro;
3. No final desse ano, em data que não é possível precisar, foi este Centro Hospitalar informado que o Dr. Melo Pires cessaria essas suas funções a partir de 2016, uma vez que se iria ausentar do país;
4. Até ao presente, não foi nomeado qualquer substituto;

Assim, porque já decorreram mais de três anos sobre essa data, e o conselho consultivo, não tendo presidente, não tem reunido nem exercido as suas competentes funções, nos termos dos artigos 5.º, al. d) e 21.º e seguintes, dos Estatutos dos Hospitais EPE, solicitamos a V. Ex.ª, nos termos do já citado artigo 21.º, n.º 1, al. a), a nomeação de personalidade de reconhecido mérito para o exercício das funções de Presidente do Conselho Consultivo do CHBM.

Com os melhores cumprimentos, também de Vossa Excelência

O Presidente do Conselho de Administração

Pedro Lopes

CHBM
Centro Hospitalar
Barreiro Montijo EPE

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes, 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 outra legislação aplicável.

Pedro Lopes
Presidente do Conselho de Administração

CHBM
Centro Hospitalar
Barreiro Montijo EPE

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, Sónia Maria Alves Bastos, 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 outra legislação aplicável.

Sónia Bastos

CBBM
Centro Hospitalar
Barreiro Montijo EPE

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, António Manuel Silva Viegas, 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 outra legislação aplicável.

António Manuel Viegas
Enfermeiro-Diretor

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier, 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 outra legislação aplicável.

Barreiro, 22 de março de 2019

Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier

Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier

DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES E IMPEDIMENTOS PARA GESTOR PÚBLICO

(artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março)

Eu, Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier, declaro não possuir qualquer impedimento e incompatibilidade previstas no artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março ou em outra legislação especial aplicável.

Barreiro, 22 de março de 2019

Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier.

Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier

DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES E IMPEDIMENTOS PARA GESTOR PÚBLICO

(artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março)

Eu, João Pedro Mendes dos Santos, declaro não possuir qualquer impedimento e incompatibilidade previstas no artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março ou em outra legislação especial aplicável.

Barreiro, 22 de março de 2019

João Santos

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, João Pedro Mendes 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 outra legislação aplicável.

Barreiro, 22 de março de 2019

João Santos

ANEXO

[*NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO*]

Exmo. Senhor

Inspetor-Geral de Finanças

Rua Angelina Vidal, n.º 41

1199-005 LISBOA

Data:

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

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

Nome: João Pedro Mendes dos Santos
NIF: 182273717
Morada: Rua Alto do Chafariz, n.º 38
Código Postal: 2898-511 ALCOCHETE
E-mail: joaopsantos@chbm.min-saude.pt
Telefone: 917775604

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

Empresa/Entidade(*): Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Entidade Pública Empresarial
NIF: 509186998
Morada da Sede: Av.ª Movimento das Forças Armadas
Código Postal: 2834-003 BARREIRO
E-mail: admin@chbm.min-saude.pt
Telefone: 212049310
Fax: 212147132

Cargo para que foi nomeado/eleito: Vogal Executivo
Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 22/03/2019
Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2021

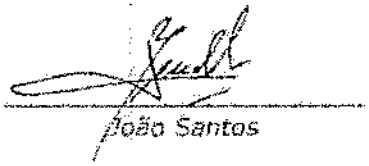
(*) Deve enviar à IGF uma declaração por cada nomeação/eleição.

Tendo sido nomeado/eleito para o cargo referido, na empresa/entidade acima indicada, declaro:

1. Em cumprimento do disposto no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.

2. De acordo com o nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa JPMS Consulting, Lda., NIF n.º 513601287, Participação: 51%.

3. Nos termos do preceituado no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, que **não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.



João Santos

ANEXO

[NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO]

Exmo. Senhor

Inspetor-Geral de Finanças

Rua Angelina Vidal, n.º 41

1199-005 LISBOA

Data:

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

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO

Nome: Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier
NIF: 140524460
Morada: Rua Dr. Câmara Pestana, n.º 33, 3.º e 4.º andares
Código Postal: 2830-342 BARREIRO
E-mail: teresaxavier@chbm.min-saude.pt
Telefone: 963787130

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO

Empresa/Entidade(*): Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
Tipo (Empresa Pública, Empresa Municipal, Instituto, outro-identificar): Entidade Pública Empresarial
NIF: 509186998
Morada da Sede: Av.ª Movimento das Forças Armadas
Código Postal: 2834-003 BARREIRO
E-mail: admin@chbm.min-saude.pt
Telefone: 212049310
Fax: 212147132

Cargo para que foi nomeado/eleito: Vogal Executivo
Data de início do mandato (dd/mm/aaaa): 22/03/2019
Data prevista de termo do mandato (dd/mm/aaaa): 31/12/2021

(*) Deve enviar à IGF uma declaração por cada nomeação/eleição.

Tendo sido nomeado/eleito para o cargo referido, na empresa/entidade acima indicada, declaro:

1. Em cumprimento do disposto no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, e no nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerço funções.

2. De acordo com o nº 9 do art.º 22º, do DL nº 71/2007, 27 de março, que **não detenho** participações e interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, em qualquer outra empresa/entidade.

3. Nos termos do preceituado no nº 1 do art.º 52º do DL 133/2013, de 3 de outubro, que **não mantenho** quaisquer relações com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerço funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier

Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier

III — Subcomponente DTCP 3 (ponderação de 20 %): Desempenho de outras atividades técnico-científicas e/ou profissionais relevantes na área disciplinar/disciplina em que é aberto o concurso.

III.*a*) Elaboração de estudos, pareceres, cadernos de encargos: 4 pontos por item;

III.*b*) Avaliador de artigos científicos, projetos de investigação ou similares: 3 pontos por item;

III.*c*) Membro de conselho redatorial: 5 pontos por revista.

14.2 — Na avaliação da capacidade pedagógica (CP) são objeto de ponderação os seguintes parâmetros e itens:

I — Subcomponente CP 1 (ponderação de 30 %):

I.*a*) Experiência efetiva de serviço docente no ensino superior: 4 pontos por ano.

II — Subcomponente CP 2 (ponderação de 40 %):

II.*a*) Docência relevante na área disciplinar em que é aberto o concurso, tendo em consideração fatores como a regência, a diversidade e a elaboração dos programas das disciplinas lecionadas: até 4 pontos por ano.

III — Subcomponente CP 3 (ponderação de 30 %):

III.*a*) Qualidade do material pedagógico publicado ou apresentado: de 0 a 50 pontos;

III.*b*) Supervisão de atividades pedagógicas: orientação de estágios e projetos (até ao máximo de 35 alunos): de 0 a 50 pontos.

14.3 — Na avaliação das outras atividades Relevantes para a Missão da Instituição (OAR) são objeto de ponderação os seguintes parâmetros e itens:

I — Subcomponente OAR 1 (ponderação de 50 %): Desempenho de cargos de gestão da instituição (presidência/direção, presidência do Conselho Científico/Pedagógico, vice-presidência, coordenação de departamento/área científica/grupo disciplinar, coordenação de curso):

I.*a*) Presidente/Diretor de Escola ou Unidade Orgânica: 30 pontos por ano;

I.*b*) Vice-presidente/Subdiretor de Escola ou Unidade Orgânica, Presidente de Conselho Científico e Conselho Pedagógico: 24 pontos por ano;

I.*c*) Vice-Presidente de Conselho Científico e de Conselho Pedagógico, Coordenador de Comissão Científica: 10 pontos por ano;

I.*d*) Coordenador de Área Científica ou Departamento: 20 pontos por ano;

I.*e*) Coordenador de Grupo Disciplinar: 12 pontos por ano;

I.*f*) Coordenador de Curso de Licenciatura ou Mestrado: 20 pontos por ano;

I.*g*) Coordenador de Curso CET, CTeSP ou de Pós-graduação: 12 pontos por ano.

II — Subcomponente OAR 2 (ponderação de 30 %): Membro de órgãos institucionais:

II.*a*) Membro de Conselho Científico, Conselho Pedagógico, Conselho Geral e Conselho Académico: 7 pontos por ano.

III — Subcomponente OAR 3 (ponderação de 20 %): Outras atividades relevantes:

III.*a*) Participação em programa de Mobilidade: Estadias docentes e de investigação: 7 pontos por item;

III.*b*) Responsável pela organização de eventos científicos ou artísticos: 7 pontos por item;

III.*c*) Membro da comissão organizadora de eventos científicos ou artísticos: 4 pontos por item.

15 — O currículo do candidato deve ser organizado e apresentado tendo em conta os critérios e parâmetros de avaliação identificados no n.º 14 do presente edital, reservando-se o júri o direito de não considerar a informação que seja apresentada fora dos moldes acima descritos.

16 — A ordenação dos candidatos deve ser fundamentada na avaliação feita com base nos parâmetros gerais de avaliação e correspondentes fatores de ponderação aprovados.

16.1 — De acordo com a grelha resultante do n.º 14, cada membro do júri valoriza cada uma das subcomponentes para cada candidato. A pontuação do candidato em cada subcomponente é a média aritmética das valorizações feitas pelos membros do júri.

16.2 — Os resultados obtidos da aplicação das regras definidas no ponto 16.1 são objeto de relativização, nos seguintes termos: em cada subcomponente, ao candidato com o maior número de pontos obtidos é atribuído o valor 100; aos restantes candidatos será atribuído um valor proporcional tendo como referência o candidato com o maior número de pontos.

16.3 — A classificação Final (CF) da avaliação de cada candidato é calculada através da fórmula de ponderação das várias componentes e subcomponentes:

$$CF = DTCP * (dtcp1*Pdtcp1 + dtcp2*Pdtcp2 + dtcp3*Pdtcp3) + CP * (cp1*Pcp1 + cp2*Pcp2 + cp3*Pcp3) + OAR * (oar1*Poar1 + oar2*Poar2 + oar3*Poar3)$$

em que Pxxi representa o número de pontos normalizado obtido em cada subcomponente.

17 — Nos termos da alínea *b*) do n.º 4 do artigo 23.º do ECPDESP e da alínea *a*) do artigo 17.º do Regulamento Concursal para a Contratação de Pessoal Docente de Carreira do IPVC, o júri pode promover audições públicas, em igualdade de circunstâncias para todos os candidatos admitidos.

18 — O processo do concurso pode ser consultado pelos candidatos que o pretendam fazer nos serviços centrais do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, nas horas normais de expediente.

19 — Em cumprimento da alínea *h*) do artigo 9.º da Constituição da República Portuguesa, o Instituto Politécnico de Viana do Castelo, enquanto entidade empregadora, promove ativamente uma política de igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no acesso ao emprego e na progressão profissional, providenciando escrupulosamente no sentido de evitar toda e qualquer forma de discriminação.

20 — O presente concurso será inscrito (registado) na BEP (Bolsa de Emprego Público), até ao 2.º dia útil após a presente publicação no *Diário da República*, nos termos do Decreto-Lei n.º 78/2003, de 23 de abril, inserido no sítio da Internet da Fundação para a Ciência e a Tecnologia, nas línguas portuguesa e inglesa, assim como, de igual modo, no sítio da Internet do IPVC.

4 de abril de 2019. — O Presidente do IPVC, *Rui Alberto Martins Teixeira*.

312204848

PARTE G

CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, E. P. E.

Deliberação n.º 470/2019

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barreiro Montijo, reunido a 29 de março de 2019, delibera, ao abrigo do disposto nos artigos 44.º e 46.º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro, e do n.º 3 do artigo 7.º dos Estatutos das Entidades Públicas Empre-

fevereiro, na sua última redação, e do n.º 1 do artigo 109.º do Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, na sua última redação, delegar nos seus membros, abaixo indicados, o seguinte:

1 — No Presidente do Conselho de Administração, Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes, para além das competências próprias e da coordenação genérica de todas as áreas, a coordenação da Comissão de Catástrofe e de Emergência, da Comissão de Segurança contra Incêndios, do Serviço de Recursos Humanos, do Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação, do Gabinete Jurídico, do Gabinete de Comunicação e

lhagem e do Serviço de Auditoria Interna, atribuindo-lhe competência para:

1.1 — Atos de gestão corrente no âmbito das áreas de coordenação direta:

1.1.1 — Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários dos profissionais;

1.1.2 — Justificar e injustificar faltas, nos termos da lei;

1.1.3 — Autorizar a participação dos profissionais em sessões de cariz formativo e em estágios realizados no território nacional, desde que não determinem encargos para a instituição;

1.1.4 — Autorizar a participação dos profissionais em júris de concursos noutras instituições;

1.1.5 — Ordenar a instauração de processos de inquérito, sindicâncias e processos disciplinares;

1.1.6 — Autorizar o gozo e a acumulação de férias e aprovar os respetivos planos anuais e subsequentes alterações dos profissionais;

1.1.7 — Validar a realização de trabalho extraordinário e suplementar realizado pelos profissionais;

1.1.8 — Propor ao Conselho de Administração profissionais para exercício de cargos de direção e chefia;

1.1.9 — Assinar correspondência e expediente;

1.1.10 — Autorizar despesas de conservação, reparação e beneficiação das instalações, bem como aquisição de bens e serviços até ao montante de € 200,000, abrangendo a autorização de abertura de procedimentos, a escolha do procedimento a adotar e a prática dos demais atos necessários para a formação dos contratos, concretamente a decisão de qualificação dos concorrentes e a decisão de adjudicação.

1.2 — Atos de gestão no âmbito do Serviço de Recursos Humanos:

1.2.1 — Celebrar, prorrogar, renovar e resolver contratos de trabalho, praticando os atos resultantes da caducidade ou revogação dos mesmos;

1.2.2 — Praticar todos os atos subsequentes à abertura de concursos na área dos recursos humanos, com exceção da decisão de recursos hierárquicos;

1.2.3 — Autorizar a atribuição dos abonos e regalias a que os profissionais tenham direito;

1.2.4 — Autorizar a participação dos profissionais em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, entre outros, de cariz formativo realizados em território nacional

1.2.5 — Autorizar deslocações em serviço, qualquer que seja o meio de transporte, bem como o processamento dos correspondentes abonos ou despesas com a aquisição de bilhetes ou títulos de transporte e de ajudas de custo, antecipadas ou não;

1.2.6 — Conceder as licenças e dispensas previstas no regime legal da proteção da parentalidade;

1.2.7 — Atribuir o estatuto de trabalhador-estudante;

1.2.8 — Autorizar os pedidos de equiparação a bolseiro no país ou no estrangeiro

1.2.9 — Diligenciar a verificação do estado de doença, comprovada por certificado médico;

1.2.10 — Promover a submissão dos profissionais a juntas médicas;

1.2.11 — Aprovar as listas legais de antiguidade dos funcionários e decidir das respetivas reclamações

1.2.12 — Qualificar os acidentes de trabalho;

1.2.13 — Determinar a reposição de dinheiros públicos e participar à administração fiscal as faltas de pagamento;

1.2.14 — Praticar todos os atos relativos à aposentação dos profissionais e, em geral, todos os atos respeitantes ao respetivo regime de proteção social;

1.2.15 — Autorizar a extração de fotocópias e a emissão de certidões/declarações;

1.2.16 — Autorizar a destruição de documentos respeitantes a concursos, nos termos da legislação em vigor;

1.2.17 — Autorizar os profissionais a comparecer em juízo quando para tal forem requisitados;

1.2.18 — Assinar a correspondência ou expediente respeitante a matérias de gestão de recursos humanos e autorizar publicações na imprensa diária e no *Diário da República*, respeitantes às áreas de coordenação direta;

2 — Na Área Fiscal e da Contabilidade, Dra. Sónia Maria Alves Bastos, a coordenação do Serviço de Gestão de Doentes, do Serviço de Aprovisionamento, da Comissão de Normalização de Produtos e Equipamentos, da Comissão de Acompanhamento da Prevenção da Corrupção, do Serviço Social, da Assistência Religiosa e do Gabinete de Planeamento e Controlo, atribuindo-lhe competência para:

2.1 — Atos de gestão corrente no âmbito das áreas de coordenação direta:

2.1.1 — Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários dos profissionais;

2.1.2 — Justificar e injustificar faltas, nos termos da lei;

2.1.3 — Autorizar a participação dos profissionais em sessões de cariz formativo e em estágios realizados no território nacional, desde que não determinem encargos para a instituição;

2.1.4 — Autorizar a participação dos profissionais em júris de concursos noutras instituições;

2.1.5 — Ordenar a instauração de processos de inquérito, sindicâncias e processos disciplinares;

2.1.6 — Autorizar o gozo e a acumulação de férias e aprovar os respetivos planos anuais e subsequentes alterações dos profissionais;

2.1.7 — Validar a realização de trabalho extraordinário e suplementar realizado pelos profissionais;

2.1.8 — Propor ao Conselho de Administração profissionais para exercício de cargos de direção e chefia;

2.1.9 — Assinar correspondência e expediente.

2.2 — Atos de gestão no âmbito do Serviço de Aprovisionamento

2.2.1 — Autorizar despesas de conservação, reparação e beneficiação das instalações, bem como aquisição de bens e serviços até ao montante de € 200,000, abrangendo a autorização de abertura de procedimentos, a escolha do procedimento a adotar e a prática dos demais atos necessários para a formação dos contratos, concretamente a decisão de qualificação dos concorrentes e a decisão de adjudicação.

2.2.2 — Designar os júris e delegar a competência para proceder à audiência prévia mesmo nos procedimentos de valor superior ao ora delegado;

2.2.3 — Praticar os atos consequentes ao ato de autorização da escolha e do início do procedimento até ao montante delegado;

2.2.4 — Aprovar as minutas de contratos relativos à aquisição de bens e serviços e representar o Centro Hospitalar na outorga desses contratos;

2.2.5 — Autorizar as despesas com seguros;

2.2.6 — Assinar a correspondência ou expediente respeitante a matérias de aprovisionamento e logística e autorizar publicações na imprensa diária e no *Diário da República*.

3 — Na Área Executiva do Conselho de Administração, Dr. João Pedro Mendes dos Santos, a coordenação dos Serviços Financeiros, do Serviço de Instalações e Equipamentos, do Centro de Educação e Formação e do Gabinete de Gestão da Qualidade, atribuindo-lhe competência para:

3.1 — Atos de gestão corrente no âmbito das áreas de coordenação direta:

3.1.1 — Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários dos profissionais;

3.1.2 — Justificar e injustificar faltas, nos termos da lei;

3.1.3 — Autorizar a participação dos profissionais em sessões de cariz formativo e em estágios realizados no território nacional, desde que não determinem encargos para a instituição;

3.1.4 — Autorizar a participação dos profissionais em júris de concursos noutras instituições;

3.1.5 — Ordenar a instauração de processos de inquérito, sindicâncias e processos disciplinares;

3.1.6 — Autorizar o gozo e a acumulação de férias e aprovar os respetivos planos anuais e subsequentes alterações dos profissionais;

3.1.7 — Validar a realização de trabalho extraordinário e suplementar realizado pelos profissionais;

3.1.8 — Propor ao Conselho de Administração profissionais para exercício de cargos de direção e chefia;

3.1.9 — Assinar correspondência e expediente;

3.1.10 — Autorizar despesas de conservação, reparação e beneficiação das instalações, bem como aquisição de bens e serviços até ao montante de € 200,000, abrangendo a autorização de abertura de procedimentos, a escolha do procedimento a adotar e a prática dos demais atos necessários para a formação dos contratos, concretamente a decisão de qualificação dos concorrentes e a decisão de adjudicação.

3.2 — Atos de gestão no âmbito dos Serviços Financeiros:

3.2.1 — Acompanhar a execução do orçamento e apresentar medidas corretivas necessárias à correção de desvios em relação às previsões estabelecidas;

3.2.2 — Autorizar o pagamento das despesas autorizadas pelo Conselho de Administração;

3.2.3 — Emitir cheques e efetuar transferências bancárias nos termos estabelecidos com o Conselho de Administração;

3.2.4 — Assegurar a regularidade da cobrança das dívidas;

3.2.5 — Autorizar os reembolsos de pagamentos indevidos, nos termos legais;

3.2.6 — Proceder à anulação de faturas, nos termos legais;

3.2.7 — Declarar as dívidas como incobráveis, nos termos da legislação em vigor;

3.2.8 — Autorizar o pagamento das despesas com a assistência médica de grande especialização no estrangeiro, nos termos do Decreto-Lei n.º 177/92, de 13 de agosto;

3.2.9 — Autorizar a despesa e o pagamento de despesas com meios complementares de diagnóstico e terapêutica, realizados em estabelecimentos de saúde não integrados no Centro Hospitalar, por indisponibilidade ou incapacidade interna;

3.2.10 — Dar balanço mensal à Tesouraria;

3.2.11 — Conceder adiantamentos a empreiteiros e fornecedores de bens e serviços nos termos do Código dos Contratos Públicos;

3.2.12 — Autorizar a constituição de fundos permanentes das dotações do orçamento;

3.2.13 — Assinar a correspondência ou expediente respeitante a matérias da área financeira.

3.3 — Atos de gestão no âmbito do Serviço de Instalações e Equipamentos

3.3.1 — Autorizar o abate de bens após parecer da comissão de inutilização.

4 — Na Diretora Clínica e Vogal Executiva do Conselho de Administração, Dra. Ana Teresa Nobre Veiga Martins Leite Marques Xavier, para além das competências próprias [illegible] e à governação clínica nos serviços, departamentos, unidades de ação médica e de diagnóstico e terapêutica, Comissão de Ética, Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar (GCL-PPCIRA), Comissão de Higiene e Segurança no Trabalho, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Coordenação Oncológica, Comissão Técnica de Certificação de Interrupção da Gravidez, Comissão Médica, Comissão Local de Informatização Clínica, Direção Internato Médico, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Equipa de Gestão de Altas, Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, Equipa de Trauma, Equipa da Unidade Coordenadora Funcional da Saúde Materna e Neonatal, Equipa da Unidade Coordenadora Funcional da Saúde da Criança e do Adolescente, Equipa de Suporte Intra-Hospitalar em Cuidados Paliativos, Equipa de Prevenção da Violência em Adultos, Grupo Coordenador Institucional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho, Comissão de Hemoderivados, Comissão de Antimicrobianos, Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, a coordenação do Serviço de Saúde Ocupacional, do Serviço de Farmácia, do Serviço de Nutrição e Dietética, Unidade de Psicologia e do Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica, atribuindo-lhe competência para:

4.1 — Atos de gestão corrente no âmbito das áreas de coordenação direta:

4.1.1 — Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários dos profissionais;

4.1.2 — Justificar e injustificar faltas, nos termos da lei;

4.1.3 — Autorizar a participação dos profissionais em sessões de cariz formativo e em estágios realizados no território nacional, desde que não determinem encargos para a instituição;

4.1.4 — Autorizar a participação dos profissionais em júris de concursos noutras instituições;

4.1.5 — Ordenar a instauração de processos de inquérito, sindicâncias e processos disciplinares;

4.1.6 — Autorizar o gozo e a acumulação de férias e aprovar os respetivos planos anuais e subsequentes alterações dos profissionais;

4.1.7 — Validar a realização de trabalho extraordinário e suplementar realizado pelos profissionais;

4.1.8 — Propor ao Conselho de Administração profissionais para exercício de cargos de direção e chefia;

4.1.9 — Autorizar o acesso a dados clínicos por parte do titular dos dados ou de terceiros, nos termos da lei;

4.1.10 — Assinar correspondência e expediente.

5 — No Enfermeiro Diretor e Vogal Executivo do Conselho de Administração, Enf. Adelino Manuel Silva Viegas, para além das competências próprias que compreendem a direção técnica da atividade de enfermagem, gestão dos enfermeiros e assistentes operacionais em funções nos serviços assistenciais, a coordenação da Direção de Enfermagem, do Serviço Hoteleiro e do Serviço de Esterilização, atribuindo-lhe competência para:

5.1 — Atos de gestão corrente no âmbito das áreas de coordenação direta:

5.1.1 — Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários dos profissionais;

5.1.2 — Justificar e injustificar faltas, nos termos da lei;

5.1.3 — Autorizar a participação dos profissionais em sessões de cariz formativo e em estágios realizados no território nacional, desde que não determinem encargos para a instituição;

5.1.4 — Autorizar a participação dos profissionais em júris de concursos noutras instituições;

5.1.5 — Ordenar a instauração de processos de inquérito, sindicâncias e processos disciplinares;

5.1.6 — Autorizar o gozo e a acumulação de férias e aprovar os respetivos planos anuais e subsequentes alterações dos profissionais;

5.1.7 — Validar a realização de trabalho extraordinário e suplementar realizado pelos profissionais;

5.1.8 — Propor ao Conselho de Administração profissionais para exercício de cargos de direção e chefia;

5.1.9 — Assinar correspondência e expediente.

O Presidente do Conselho de Administração nas suas faltas e impedimentos será substituído pela Vogal Executiva, Dra. Sónia Maria Alves Bastos.

Nos termos do disposto no artigo 46.º do Código do Procedimento Administrativo, os atuais do Conselho de Administração estão autorizados a subdelegar as competências aqui delegadas no pessoal dirigente ou de chefia que lhes [illegible] hierarquia.

A presente deliberação produz efeitos desde 29 de março de 2019, ficando por este meio ratificados, nos termos e para os efeitos previstos no n.º 2 do artigo 49.º e do artigo 164.º do Código do Procedimento Administrativo, todos os atos entretanto praticados pelos membros do Conselho de Administração, no âmbito das competências ora delegadas.

8 de abril de 2019. — O Presidente do Conselho de Administração, *Pedro Lopes*.

312212672

PARTE H

MUNICÍPIO DE ÁGUEDA

Aviso n.º 7263/2019

Lista Unitária de Ordenação Final dos candidatos

No âmbito do procedimento concursal, com caráter excecional, aberto sob o Aviso n.º 7770/2018, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 111, 11 de junho de 2018, para o preenchimento de 1 (um) posto de trabalho para a carreira/categoria de Assistente Operacional — Motorista (Referência C), previsto e não ocupado no mapa de pessoal da Câmara Municipal de Águeda (CMA), na modalidade de relação jurídica de emprego público a constituir por contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, notificam-se os candidatos do seguinte:

1 — Nos termos do disposto no n.º 6 do artigo 36.º da Portaria n.º 145-A/2011, de 6 de abril (doravante designada por Portaria), a lista unitária de ordenação final dos candidatos aprovados e excluídos, resultante da aplicação dos métodos de seleção, foi homologada por despacho do Ex.mo Senhor Presidente da Câmara, Enf. Jorge Almeida, datado de 03/04/2019, encontra-se afixada em local visível e público das instalações da CMA e disponibilizada na página eletrónica da mesma, em www.cm-agueda.pt (Município/Recursos Humanos/Procedimento Concursais/Após fase de candidatura);

2 — Assim, nos termos do disposto nos n.ºs 4 e 5 do artigo 36.º da Portaria, considera-se, desta forma, notificados os candidatos do ato de homologação da lista unitária de ordenação final;

3 — Mais se informa que do despacho de homologação pode ser interposto recurso hierárquico nos termos do artigo 39.º da Portaria

4 de abril de 2019. — A Vereadora, *Dr.ª Elsa Coelho*.

312212672

Deveres de informação dos gestores públicos

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO (829)

- Nome: (11188)

Tipo: (S/text-short)

Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes

- NIF: (11189)

Tipo: (N/numeric)

196756030.0000000000

- Morada: (11190)

Tipo: (S/text-short)

Rua Infante D. Pedro n.º4, Aroeira

- Localidade: (11211)

Tipo: (S/text-short)

Charneca da Caparica

- Código Postal: (11191)

Tipo: (S/text-short)

2820-066

- Email: (11192)

Tipo: (S/text-short)

pedro.m.lopes@chbm.min-saude.pt

- Telefone: (11193)

Tipo: (N/numeric)

212049310.0000000000

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO (830)

- Empresa/Entidade: (11194)

Tipo: (S/text-short)

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE

- NIPC: (11195)

Tipo: (N/numeric)

509186998.0000000000

- Tipo de entidade: (11196)

Tipo: (L/list-radio)

(A1) - Empresa pública do sector empresarial do Estado

- Endereço: (11197)

Tipo: (S/text-short)

Av. Movimento das Forças Armadas

- Localidade: (11213)

Tipo: (S/text-short)

Barreiro

- Código Postal: (11198)

Tipo: (S/text-short)

2834003

- Email: (11199)

Tipo: (S/text-short)

admin@chbm.min-saude.pt

- Telefone: (11200)

Tipo: (N/numeric)

212052837.0000000000

- Cargo para que foi nomeado/eleito: (11201)

Tipo: (S/text-short)

Presidente do Conselho de Administração

- Data de início do mandato: (11202)

Tipo: (D/date)

03/11/2016

- Data prevista do termo do mandato: (11203)

Tipo: (D/date)

31/12/2018

- Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? (11204)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? (11217)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11206)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11249)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Mantém relação com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerce funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse? (11208)
Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Declaração de conformidade. (11210)
Tipo: (M/multiple-opt)

[X]

Declaro, sob compromisso de honra, que todos os dados inseridos no formulário são verdadeiros, não contêm erros e correspondem à integralidade da informação relevante sobre Gestores Públicos. (11215)

Deveres de informação dos gestores públicos

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO (829)

- Nome: (11188)

Tipo: (S/text-short)

António Manuel Silva Viegas

- NIF: (11189)

Tipo: (N/numeric)

138096830.0000000000

- Morada: (11190)

Tipo: (S/text-short)

Praçeta das Pátrias Livres nº 2B 2º Esquerdo

- Localidade: (11211)

Tipo: (S/text-short)

Barreiro

- Código Postal: (11191)

Tipo: (S/text-short)

2830-021

- Email: (11192)

Tipo: (S/text-short)

viegasprof@gmail.com

- Telefone: (11193)

Tipo: (N/numeric)

963261924.0000000000

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO (830)

- Empresa/Entidade: (11194)

Tipo: (S/text-short)

Centro Hospitalar Barreiro/Montijo

- NIPC: (11195)

Tipo: (N/numeric)

509186998.0000000000

- Tipo de entidade: (11196)

Tipo: (L/list-radio)

(A1) - Empresa pública do sector empresarial do Estado

- Endereço: (11197)

Tipo: (S/text-short)

Av. Movimento das Forças Armadas

- Localidade: (11213)

Tipo: (S/text-short)

Barreiro

- Código Postal: (11198)

Tipo: (S/text-short)

2834-003

- Email: (11199)

Tipo: (S/text-short)

admin@chbm.min-saude,pt

- Telefone: (11200)

Tipo: (N/numeric)

212052837.0000000000

- Cargo para que foi nomeado/eleito: (11201)

Tipo: (S/text-short)

Enfermeiro Diretor

- Data de início do mandato: (11202)

Tipo: (D/date)

03/11/2016

- Data prevista do termo do mandato: (11203)

Tipo: (D/date)

31/12/2018

- Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? (11204)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? (11217)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11206)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11249)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Mantém relação com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerce funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse? (11208)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Declaração de conformidade. (11210)

Tipo: (M/multiple-opt)

[X]

Declaro, sob compromisso de honra, que todos os dados inseridos no formulário são verdadeiros, não contêm erros e correspondem à integralidade da informação relevante sobre Gestores Públicos. (11215)

Deveres de informação dos gestores públicos

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO (829)

- Nome: (11188)

Tipo: (S/text-short)

Sónia Maria Alves Bastos

- NIF: (11189)

Tipo: (N/numeric)

204481651.0000000000

- Morada: (11190)

Tipo: (S/text-short)

Rua Futebol Clube de São Francisco nº 110 1º Frt.

- Localidade: (11211)

Tipo: (S/text-short)

Alcochete

- Código Postal: (11191)

Tipo: (S/text-short)

2890-482

- Email: (11192)

Tipo: (S/text-short)

sonia.bastos@chbm.min-saude.pt

- Telefone: (11193)

Tipo: (N/numeric)

969844432.0000000000

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO (830)

- Empresa/Entidade: (11194)

Tipo: (S/text-short)

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE

- NIPC: (11195)

Tipo: (N/numeric)

509186998.0000000000

- Tipo de entidade: (11196)

Tipo: (L/list-radio)

(A1) - Empresa pública do sector empresarial do Estado

- Endereço: (11197)

Tipo: (S/text-short)

Av. Movimento das Forças Armadas

- Localidade: (11213)

Tipo: (S/text-short)

Barreiro

- Código Postal: (11198)

Tipo: (S/text-short)

2834-003

- Email: (11199)

Tipo: (S/text-short)

admin@chbm.min-saude.pt

- Telefone: (11200)

Tipo: (N/numeric)

212052837.0000000000

- Cargo para que foi nomeado/eleito: (11201)

Tipo: (S/text-short)

Vogal Executivo

- Data de início do mandato: (11202)

Tipo: (D/date)

03/11/2016

- Data prevista do termo do mandato: (11203)

Tipo: (D/date)

31/12/2018

- Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? (11204)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? (11217)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11206)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11249)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Mantém relação com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerce funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse? (11208)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Declaração de conformidade. (11210)

Tipo: (M/multiple-opt)

[X]

Declaro, sob compromisso de honra, que todos os dados inseridos no formulário são verdadeiros, não contêm erros e correspondem à integralidade da informação relevante sobre Gestores Públicos. (11215)

Deveres de informação dos gestores públicos

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO (829)

- Nome: (11188)
Tipo: (S/text-short)

João Pedro Mendes dos Santos

- NIF: (11189)
Tipo: (N/numeric)

182273717.0000000000

- Morada: (11190)
Tipo: (S/text-short)

Rua Alto do Chafariz, nº 38

- Localidade: (11211)
Tipo: (S/text-short)

Alcochete

- Email: (11192)

Tipo: (S/text-short)

jpmendesdossantos@sapo.pt

- Telefone: (11193)

Tipo: (N/numeric)

917775604.0000000000

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO (830)

- Empresa/Entidade: (11194)

Tipo: (S/text-short)

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE

- NIPC: (11195)

Tipo: (N/numeric)

509186998.0000000000

- Tipo de entidade: (11196)

Tipo: (L/list-radio)

(A1) - Empresa pública do sector empresarial do Estado

- Localidade: (11213)

Tipo: (S/text-short)

Barreiro

- Código Postal: (11198)

Tipo: (S/text-short)

2837-003 BARREIRO

- Email: (11199)

Tipo: (S/text-short)

admin@chbm.min-saude.pt

- Telefone: (11200)

Tipo: (N/numeric)

212049310.0000000000

- Cargo para que foi nomeado/eleito: (11201)

Tipo: (S/text-short)

Vogal Executivo

- Data de início do mandato: (11202)

Tipo: (D/date)

22/03/2019

- Data prevista do termo do mandato: (11203)

Tipo: (D/date)

31/12/2021

- Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções' (11204)

Tipo: (Y/yes·no)

Não [X]

- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerc

funções? (11217)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11206)

Tipo: (Y/yes-no)

Sim

- Identifique cada uma das empresas/entidades (denominação e NIPC), percentagem de

participação e respetivo titular: (11207)

Tipo: (T/text-long)

JPMS Consulting, Lda.
NIF 513601287
Participação 51%

- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11249

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Mantém relação com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerce funções, suscetiveis de gerar conflitos de interesse? (11208)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Declaração de conformidade. (11210)

Tipo: (M/multiple-opt)

[X]

Declaro, sob compromisso de honra, que todos os dados inseridos no formulário são verdadeiros, não contêm erros e correspondem à integralidade da informação relevante sobr

Deveres de informação dos gestores públicos

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR PÚBLICO (829)

- Nome: (11188)

Tipo: (S/text-short)

Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier

- NIF: (11189)

Tipo: (N/numeric)

140524460.0000000000

- Morada: (11190)

Tipo: (S/text-short)

Rua Dr. Câmara Pestana nº. 33 - 3º e 4º.

- Localidade: (11211)

Tipo: (S/text-short)

Barreiro

- Código Postal: (11191)

Tipo: (S/text-short)

2830-342- Barreiro

- Email: (11192)

Tipo: (S/text-short)

teresaxavier@chbm.min-saude.pt

- Telefone: (11193)

Tipo: (N/numeric)

212147300.0000000000

NOMEAÇÃO/ELEIÇÃO (830)

- Empresa/Entidade: (11194)

Tipo: (S/text-short)

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

- NIPC: (11195)

Tipo: (N/numeric)

509186998.0000000000

- Tipo de entidade: (11196)

Tipo: (L/list-radio)

(A1) - Empresa pública do sector empresarial do Estado

- Endereço: (11197)

Tipo: (S/text-short)

Avenida das Forças Armadas

- Localidade: (11213)

Tipo: (S/text-short)

Barreiro

- Código Postal: (11198)

Tipo: (S/text-short)

2830-001 - Barreiro

- Email: (11199)

Tipo: (S/text-short)

admin@chbm.min-saude.pt

- Telefone: (11200)

Tipo: (N/numeric)

212147300.0000000000

- Cargo para que foi nomeado/eleito: (11201)

Tipo: (S/text-short)

Diretora Clínica

- Data de início do mandato: (11202)

Tipo: (D/date)

21/03/2019

- Data prevista do termo do mandato: (11203)

Tipo: (D/date)

31/12/2021

- Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? (11204)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? (11217)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11206)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? (11249)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Mantém relação com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, da empresa onde exerce funções, suscetíveis de gerar conflitos de interesse? (11208)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

- Declaração de conformidade. (11210)

Tipo: (M/multiple-opt)

[X]

Declaro, sob compromisso de honra, que todos os dados inseridos no formulário são verdadeiros, não contêm erros e correspondem à integralidade da informação relevante sobre Gestores Públicos. (11215)

CHBM
Centro Hospitalar
Barreiro Montijo EPE

EXTRATO

Ata n.º 17/2022

Aos vinte e oito dias do mês de abril do ano de dois mil e vinte e dois, pelas nove horas e trinta minutos, reuniu em sessão ordinária, o Conselho de Administração (CA) do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E., com a presença dos seus membros: os Vogais Executivos, Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier (Diretora-Clínica), João Pedro Mendes dos Santos, Sónia Maria Alves Bastos, e António Manuel Silva Viegas (Enfermeiro-Diretor). Encontra-se ausente o Presidente, Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes. ----------

---

Ordem de Trabalhos: ----------

.../...

12. Foi presente o **Relatório e Contas referente ao exercício económico de 2021**, e proposta de aplicação de resultados. ----------

O Presidente o Conselho de Administração fez uma explanação das condições em que decorreu a atividade de 2021, referenciando que este relatório corresponde a um período compreendido entre 1 de janeiro e 31 de dezembro do referido ano. ----------

Do ponto de vista económico, salientou um total do Balanço de € 51.327.569,80 (cinquenta e um milhões, trezentos e vinte e sete mil, quinhentos e sessenta e nove euros e oitenta cêntimos), e um total de Fundos Próprios negativos de € 45.192.769,83 (quarenta e cinco milhões, cento e noventa e dois mil, setecentos e sessenta e nove euros e oitenta e três cêntimos), incluindo um resultado líquido negativo de € 19.046.689,64 (dezanove milhões, quarenta e seis mil, seiscentos e oitenta e nove euros e sessenta e quatro cêntimos). ----------

Face ao exposto, o Conselho de Administração deliberou por unanimidade, aprovar o Relatório de Contas correspondente ao exercício económico de 2021, do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, assim como a proposta de aplicação de resultados, transferindo o resultado liquido, para resultados transitados. ----------

---

13. Foi presente o **Relatório de Governo Societário de 2021**. ----------

O Conselho de Administração deliberou por unanimidade, aprovar o Relatório de Governo Societário de 2021 do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E. ----------

---

14. Aprovado o **Anexo às Demonstrações Financeiras de 2021**. ----------

---

15. Aprovado o documento **Demonstração não Financeira de 2021**. ----------

---

16. Aprovado o **Relatório de Execução Orçamental 2021**. ----------

---

.../...

Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes _____