

CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, EPE

Apreciado em Reunião
do Conselho de Administração
CHBM, E. P. E.
de 23/03/2018
ACTA N.º 12

**C.A.
APROVADO**



Pedro Lopes
Presidente do Conselho de Administração

REGULAMENTO INTERNO

**REGULAMENTO INTERNO
DO
CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO**

ÍNDICE

CAPÍTULO I - NATUREZA, OBJETO E ÂMBITO	4
<i>Artigo 1.º - Natureza e Sede.....</i>	<i>4</i>
<i>Artigo 2.º - Missão e Atribuições</i>	<i>4</i>
<i>Artigo 3.º - Visão</i>	<i>5</i>
<i>Artigo 4.º - Princípios.....</i>	<i>5</i>
<i>Artigo 5.º - Objetivos.....</i>	<i>6</i>
CAPÍTULO II - DOS ÓRGÃOS.....	6
Secção I – Dos Órgãos Sociais.....	6
<i>Artigo 6.º - Enumeração e Natureza dos Órgãos</i>	<i>6</i>
Secção II – Conselho de Administração	7
<i>Artigo 7.º - Composição e Competências</i>	<i>7</i>
<i>Artigo 8.º - Funcionamento do Conselho de Administração</i>	<i>7</i>
<i>Artigo 9.º - Vinculação</i>	<i>8</i>
<i>Artigo 10º - Diretor Clínico</i>	<i>8</i>
<i>Artigo 11.º - Enfermeiro-Diretor.....</i>	<i>9</i>
Secção III– Do Órgão de Fiscalização	9
<i>Artigo 12.º - Fiscal Único.....</i>	<i>9</i>
Secção IV – Serviço de Auditoria Interna.....	9
<i>Artigo 13.º - Serviço de Auditoria Interna</i>	<i>9</i>
Secção V – Do Órgão de Consulta	10
<i>Artigo 14.º - Conselho Consultivo.....</i>	<i>10</i>
Secção VI – Dos Órgãos de Apoio Técnico	11
<i>Artigo 15.º - Comissão Médica.....</i>	<i>11</i>
<i>Artigo 16.º - Direção do Internato Médico.....</i>	<i>11</i>
<i>Artigo 17.º - Direção de Enfermagem</i>	<i>12</i>
<i>Artigo 18.º - Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica e Técnico Superior Diretor..</i>	<i>13</i>
<i>Artigo 19.º - Comissões Técnicas.....</i>	<i>14</i>
<i>Artigo 20.º - Comissão de Ética</i>	<i>14</i>
<i>Artigo 21.º - Comissão da Qualidade e Segurança do Doente</i>	<i>15</i>
<i>Artigo 22.º - Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL PPCIRA).....</i>	<i>15</i>

Artigo 23.º - Comissão de Farmácia e Terapêutica	16
Artigo 24.º - Comissão de Coordenação Oncológica	17
Artigo 25.º - Comissão Técnica de Certificação de Interrupção da Gravidez	18
Artigo 26.º - Comissão de Normalização de Produtos e Equipamentos.....	18
Artigo 27.º - Comissão de Catástrofe e Emergência	18
Artigo 28.º - Outras Comissões e Equipas Especializadas	20
CAPÍTULO III – Organização interna	20
Secção I – Estrutura de gestão	20
Artigo 29.º - Estrutura orgânica.....	20
Artigo 30.º - Gestão por Objetivos	21
Artigo 31.º - Criação de Centros de Responsabilidade Integrada	21
Artigo 32.º - Estrutura dos Departamentos, Centros de Responsabilidade Integrada, Serviços, e Unidades Funcionais	22
Secção II – Dos Serviços de Ação Médica	22
Artigo 33.º - Constituição dos Serviços de Ação Médica	22
Artigo 34.º - Âmbito de atuação dos Serviços	24
Artigo 35.º - Nomeação dos Diretores de Departamento, Centros de Responsabilidade Integrada e de Serviço	24
Artigo 36.º - Competências do Diretor de Departamento.....	25
Artigo 37.º - Competências do Diretor do Conselho de Gestão do Centro de Responsabilidade Integrada.....	26
Artigo 38.º - Competências do Diretor de Serviço	26
Artigo 39.º - Competências dos Enfermeiros com Funções de Direção e Chefia	27
Secção III – Dos Serviços de Apoio	28
Artigo 40.º - Constituição dos Serviços de Apoio.....	28
Artigo 41.º - Nomeação do Responsável dos Serviços	29
Artigo 42.º - Competências	29
Artigo 43.º - Serviços Farmacêuticos.....	30
Artigo 44.º - Serviço de Nutrição e Alimentação.....	31
Artigo 45.º - Unidade de Psicologia.....	31
Artigo 46.º - Serviço de Esterilização.....	32
Artigo 47.º - Serviço Social	32
Artigo 48.º - Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa	33
Artigo 49.º - Serviço de Gestão de Doentes	33
Artigo 50.º - Serviço de Recursos Humanos	35
Artigo 51.º - Serviços Financeiros.....	35
Artigo 52.º - Serviço de Aprovisionamento	37
Artigo 53.º - Serviço de Instalações e Equipamentos	37
Artigo 54.º - Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação.....	38

Artigo 55.º - Serviço de Gestão Hoteleira.....	39
Artigo 56.º - Academia de Formação.....	39
Artigo 57.º - Serviço de Segurança e Saúde Ocupacional.....	40
Secção IV – Assessoria e Apoio Técnico.....	41
Artigo 58.º - Gabinetes de Apoio Técnico.....	41
Artigo 59.º - Nomeação dos Responsáveis dos Gabinetes de Apoio Técnico.....	41
Artigo 60.º - Competências.....	41
Artigo 61.º - Gabinete de Gestão da Qualidade.....	41
Artigo 62.º - Gabinete de Gestão do Risco.....	42
Artigo 63.º - Gabinete de Planeamento e Controlo.....	43
Artigo 64.º - Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica.....	43
Artigo 65.º - Gabinete Jurídico.....	44
Artigo 66.º - Gabinete de Comunicação e Imagem.....	44
Capítulo IV – Articulação com terceiros.....	45
Artigo 67.º - Articulação do Centro Hospitalar com os cuidados de saúde primários.....	45
Artigo 68.º - Articulação do Centro Hospitalar com outras unidades hospitalares integradas na rede do SNS.....	45
Artigo 69.º - Articulação do Centro Hospitalar com unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	46
Artigo 70.º - Articulação do Centro Hospitalar com a comunidade.....	46
CAPÍTULO V – Disposições gerais.....	46
Artigo 71.º - Das relações laborais.....	46
Artigo 72.º - Deveres Gerais dos profissionais.....	47
Artigo 73.º - Direitos dos profissionais.....	47
Artigo 74.º - Confidencialidade.....	47
Artigo 75.º - Voluntariado e Liga de Amigos do Hospital.....	48
Artigo 76.º - Remissões.....	48
Artigo 77.º - Organograma.....	48
Artigo 78.º - Regulamentação Complementar.....	48

CAPÍTULO I - NATUREZA, OBJETO E ÂMBITO

Artigo 1.º - Natureza e Sede

1. O Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E., adiante designado por Centro Hospitalar, é um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde (SNS) dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, e natureza empresarial, resultante da integração, por fusão, do Hospital de Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. com o Hospital do Montijo, na sequência do Decreto-Lei n.º 280/2009, de 6 de outubro.
2. O Centro Hospitalar rege-se pela legislação que estabelece o regime jurídico e aprova os estatutos dos hospitais e centros hospitalares de natureza empresarial integrados no SNS (Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro), adiante designado por Estatutos, bem como pelas normas em vigor para o SNS e pelo presente regulamento interno.
3. O Centro Hospitalar possui o número de identificação de pessoa colectiva 509186998 e tem sede na Avenida Movimento das Forças Armadas, 2834-003 Barreiro, União das Freguesias do Alto do Seixalinho, Santo André e Verderena, concelho do Barreiro e distrito de Setúbal.
4. É uma unidade hospitalar, integrada na rede oficial hospitalar e classificada, segundo a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, como Centro Hospitalar do Grupo I, pela Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril. Possui valências básicas, intermédias e diferenciadas, em regime ambulatorio e de internamento, integrando, ainda, a prestação de cuidados urgentes de âmbito médico-cirurgico e básico.

Artigo 2.º - Missão e Atribuições

1. 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 legamente 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.
2. O Centro Hospitalar intervém de acordo com as áreas de influência e redes de referenciação em vigor, em articulação com as demais instituições integradas na rede pública de prestação de cuidados de saúde, respeitando o princípio da livre escolha dos utentes e a utilização eficiente dos recursos do Serviço Nacional de Saúde.
3. O Centro Hospitalar desenvolve ainda actividades complementares como as de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional que rege a matéria dos processos de ensino-aprendizagem no domínio da saúde, sem prejuízo da celebração de

contratos para efeitos de organização interna, repartição do investimento e compensação dos encargos que forem estipulados.

Artigo 3.º - Visão

Ser um Centro Hospitalar com diferenciação científica, técnica e tecnológica, reconhecido pela efetividade clínica, 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.

Artigo 4.º - Princípios

1. No desenvolvimento da sua atividade, o Centro Hospitalar rege-se, entre outros, pelos seguintes princípios:
 - a) Gestão integrada do acesso aos cuidados de saúde;
 - b) Livre circulação dos doentes no âmbito do Serviço Nacional de Saúde;
 - c) Preocupação partilhada com o doente na utilização custo efetiva
 - d) Humanização e qualidade dos cuidados de saúde;
 - e) Não discriminação e respeito pelos direitos dos doentes;
 - f) Educação para a saúde e promoção da literacia em saúde;
 - g) Autocuidado e participação dos doentes no processo assistencial;
 - h) Respeito pela dignidade e segurança individual da cada doente;
 - i) Atualização face aos avanços da investigação e da ciência;
 - j) Excelência técnico-profissional;
 - k) Ética e deontologia profissional;
 - l) Trabalho de equipa pluridisciplinar e multiprofissional;
 - m) Sustentabilidade económico-financeira;
 - n) Respeito pelo ambiente;
 - o) Promoção de cultura de mérito e avaliação sistemática.
2. Estes princípios contribuem e agregam-se num princípio orientador geral: JUNTOS CUIDAMOS, que integra os valores pelos quais os profissionais do Centro Hospitalar pautam a sua atuação:

J U N T O S P R O S E F I C I E N C I A D E D I C A Ç Ã O R E S P O S A B I L I D A D E

Artigo 5.º - Objetivos

Na sua atuação, o Centro Hospitalar prossegue os seguintes objetivos:

- a) Orientar toda a atividade em função do doente, respondendo às suas necessidades e legítimas expectativas, de acordo com as melhores práticas disponíveis, em ambiente humanizado;
- b) Implementar metodologias de gestão e de ensino, formação e investigação nas áreas clínicas e de apoio clínico que proporcionem a realização pessoal e profissional dos seus colaboradores;
- c) Rentabilizar a capacidade disponível e garantir a viabilidade económico-financeira da Instituição.

CAPÍTULO II - DOS ÓRGÃOS

Secção I – Dos Órgãos Sociais

Artigo 6.º - Enumeração e Natureza dos Órgãos

- 1. São órgãos do Centro Hospitalar:
 - a) O Conselho de Administração;
 - b) O Fiscal Único;
 - c) O Conselho Consultivo.
- 2. Para a prossecução da sua atividade, o Centro Hospitalar conta com Órgãos de Apoio Técnico e com o Serviço de Auditoria Interna.

Secção II – Conselho de Administração

Artigo 7.º - Composição e Competências

1. O Conselho de Administração, nos termos do Regime Jurídico e Estatutos dos Hospitais e Centros Hospitalares de natureza empresarial integrados no SNS, é composto por um presidente e quatro vogais que exercem funções executivas, um dos quais assume a função de diretor clínico e outro a qualidade de enfermeiro-diretor.
2. Para além das competências próprias do Conselho de Administração, das competências específicas do Presidente do Conselho de Administração, do Diretor Clínico e do Enfermeiro Diretor, previstas nos Estatutos, a cada um dos membros do Conselho de Administração é atribuída a responsabilidade de pelouros, com ou sem delegação de competências.
3. Compete ainda ao Conselho de Administração garantir a melhoria contínua da qualidade do Centro Hospitalar, devendo adotar um modelo de governança clínica, envolvendo e comprometendo todos os colaboradores, baseando-se num controlo rigoroso do exercício profissional e respetivo empenho e compromisso.

Artigo 8.º - Funcionamento do Conselho de Administração

1. O Conselho de Administração reúne semanalmente e, ainda, sempre que convocado pelo Presidente ou por solicitação de dois dos seus membros ou do órgão de fiscalização.
2. O Presidente pode, sempre que entender, suspender ou terminar antecipadamente as reuniões, quando circunstâncias excecionais o justificarem.
3. Compete ao Presidente a fixação do dia e horas das reuniões ordinárias, de modo a que em tempo útil todos os seus membros possam estar presentes.
4. Quaisquer alterações ao dia e horas fixadas para as reuniões, devem ser comunicadas aos seus membros, de forma a garantir o seu conhecimento seguro e oportuno.
5. A ordem do dia de cada reunião é estabelecida pelo Presidente, que deve incluir os assuntos que para esse fim forem indicados, desde que sejam da competência do órgão.
6. Compete 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, devendo da convocatória constar, expressa e especificadamente, os assuntos a tratar.
7. Só podem ser objeto de deliberação os assuntos incluídos na ordem do dia da reunião, salvo se, tratando-se de reunião ordinária, nenhum dos membros objetar a deliberação imediata sobre outros assuntos.

8. A irregularidade resultante da inobservância das disposições sobre a convocação das reuniões considera-se sanada quando todos os membros comparecerem à reunião e não suscitarem oposição à sua realização.
9. O Conselho de Administração só pode deliberar, em primeira convocação, quando estiver presente a maioria dos seus membros.
10. 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.
11. As deliberações são tomadas por votação normal, tendo o Presidente voto de qualidade.
12. 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.
13. Não devem estar presentes nos momentos da discussão e votação os membros do Conselho de Administração que se encontrem ou se considerem impedidos.
14. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, por maioria simples podem os membros do Conselho de Administração decidir usar da votação por escrutínio secreto, para decisão de outras matérias submetidas à sua apreciação.
15. Os membros do Conselho de Administração podem fazer constar da ata o seu voto vencido e as razões que o justificam.
16. Os membros que votarem vencido na deliberação tomada e fizerem registo da respectiva declaração de voto no ato, ficam isentos da responsabilidade que daquele eventualmente resulte, nos estritos limites legais.
17. De cada reunião deve ser lavrada a respectiva ata, que será aprovada na reunião seguinte.
18. O Presidente é substituído, nas suas ausências e impedimentos, pelo vogal que este designar.

Artigo 9.º - Vinculação

O Centro Hospitalar obriga-se pela assinatura, com indicação da qualidade, de dois membros do Conselho de Administração ou de quem esteja legitimado para o efeito.

Artigo 10º - Diretor Clínico

1. Além das competências próprias previstas nos Estatutos, ao Diretor Clínico compete, sem prejuízo das matérias que venham a ser-lhe delegadas ou subdelegadas, a direção de produção clínica, que compreende a coordenação da assistência prestada aos doentes e a qualidade, correção e prontidão dos cuidados de saúde prestados, devendo acompanhar e avaliar a actividade clínica, nomeadamente os aspectos relacionados com o exercício da medicina.

2. No exercício das suas funções, o Diretor Clínico pode ser coadjuvado por um a cinco Adjuntos, por si livremente escolhidos.
3. Nas situações de ausência e/ou impedimento, o Diretor Clínico é substituído, no âmbito das suas funções correntes, pelo Adjunto por si designado para o efeito.

Artigo 11.º - Enfermeiro-Diretor

1. Além das competências próprias previstas nos Estatutos, ao Enfermeiro-Diretor compete, sem prejuízo das matérias que venham a ser-lhe delegadas ou subdelegadas, a coordenação técnica da atividade de enfermagem, zelando pela sua qualidade.
2. No exercício das suas funções, o Enfermeiro-Diretor pode ser coadjuvado por um a cinco Adjuntos, por si livremente escolhidos.
3. Compete ao Enfermeiro-Diretor presidir à Direção de Enfermagem devendo acompanhar os aspetos relacionados com o exercício da enfermagem.
4. Nas situações de ausência e/ou impedimento, o Enfermeiro Diretor é substituído no âmbito das suas funções correntes pelo Enfermeiro Supervisor ou por outro enfermeiro com funções de direção ou chefia por si designado para o efeito.

Secção III – Do Órgão de Fiscalização

Artigo 12.º - Fiscal Único

1. O Fiscal Único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do Centro Hospitalar.
2. É designado por despacho do membro do Governo responsável pela áreas das Finanças, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.
3. Tem as competências, os poderes e os deveres estabelecidos na Lei e nos Estatutos.
4. O mandato do Fiscal Único tem a duração de três anos, renovável apenas uma vez.

Secção IV – Serviço de Auditoria Interna

Artigo 13.º - Serviço de Auditoria Interna

1. Ao Serviço de Auditoria Interna 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.
2. Ao Serviço de Auditoria Interna compete em especial:
 - a) Fornecer ao Conselho de Administração análises e recomendações sobre as atividades previstas para melhoria do funcionamento dos serviços;

- b) Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do Centro Hospitalar, apresentadas pelos demais órgãos estatutários, profissionais, utentes e cidadãos em geral;
 - c) Elaborar o plano anual de auditoria interna;
 - d) Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar;
 - e) Elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução.
3. A Direção do Serviço de Auditoria compete a um Auditor Interno recrutado para um período de três anos, renovável por iguais períodos, até ao limite máximo de três renovações consecutivas ou interpoladas e que é apoiado tecnicamente nas suas funções por um máximo de três técnicos auditores.
4. O Serviço de Auditoria Interna depende, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração.
5. No sentido de obter informação adequada para o desenvolvimento das suas competências, o Serviço de Auditoria Interna tem acesso livre a registos, documentação, computadores, instalações e pessoal do Centro Hospitalar, com exceção dos registos clínicos individuais dos utentes.
6. O Centro Hospitalar dispõe de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades nos termos definidos nos Estatutos, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao Auditor Interno a responsabilidade pela sua avaliação.
7. Existe um regulamento que define as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades, através do qual podem ser descritos factos que indiciem:
- a) Violação de princípios e disposições legais, regulamentares e deontológicas, por parte dos membros dos órgãos estatutários, profissionais, fornecedores de bens e prestadores de serviços no exercício dos seus cargos profissionais;
 - b) Dano, abuso ou desvio relativo ao património do Centro Hospitalar, ou dos utentes;
 - c) Prejuízo à imagem ou reputação do Centro Hospitalar.
8. No âmbito da sua actividade, o Serviço de Auditoria Interna colabora com a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. e com a Inspeção Geral das Atividades em Saúde.

Secção V – Do Órgão de Consulta

Artigo 14.º - Conselho Consultivo

O Conselho Consultivo tem a composição prevista nos Estatutos, competindo-lhe:

- a) Apreciar os planos de atividade de natureza anual e plurianual;

- b) Apreciar todas as informações que tiver por necessárias para o acompanhamento da atividade;
- c) Emitir recomendações, tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis.

Secção VI – Dos Órgãos de Apoio Técnico

Artigo 15.º - Comissão Médica

1. A Comissão Médica é um órgão de apoio técnico ao Diretor Clínico, que a ele preside, e composto pelos Adjuntos do Diretor Clínico, os Médicos Diretores de Departamento, de Serviço e Coordenadores de Unidades Funcionais.
2. Compete, designadamente, à Comissão Médica:
 - a) Sugerir medidas que considere oportunas para a formação e o aperfeiçoamento técnico e científico do pessoal médico;
 - b) Emitir pareceres, quando tal lhe for solicitado, sobre aspectos do exercício da medicina que envolvam princípios de deontologia médica;
 - c) Dar parecer, quando consultada, sobre queixas ou reclamações de utentes que respeitem à correcção técnica e profissional da prestação de cuidados médicos.
3. A Comissão Médica funciona em plenário, sem prejuízo de poder funcionar em subcomissões especializadas, de âmbito restrito, nos casos em que tal se mostre conveniente.
4. As reuniões são convocadas pelo seu Presidente, com uma periodicidade pelo menos trimestral.

Artigo 16.º - Direção do Internato Médico

1. A Direção do Internato Médico assume funções de natureza eminentemente operacional, competindo-lhe, entre outras atribuições previstas na legislação aplicável, nomeadamente o Regulamento do Internato Médico, orientar, coordenar e avaliar a realização dos internatos médicos no Centro Hospitalar.
2. O Diretor de Internato Médico é designado pelo Conselho de Administração por indicação do Director Clínico, por um período de três anos, renovável, de entre médicos especialistas com reconhecida competência e experiência na formação de médicos internos.
3. O Diretor de Internato Médico poderá, sob parecer favorável da Comissão Regional do Internato Médico, ser coadjuvado por outros médicos que lhe prestem assessoria, devendo propor a sua designação ao Director Clínico.
4. Os médicos internos são representados, perante a Direção do Internato Médico, por uma Comissão de Médicos Internos, com a composição e funções previstas na legislação aplicável.

Artigo 17.º - Direção de Enfermagem

1. A Direção de Enfermagem é um órgão técnico, presidido pelo Enfermeiro Diretor, composto por todos os enfermeiros que estejam integrados na carreira especial de enfermagem que exerçam funções de direção e chefia e pelos enfermeiros que sejam titulares das categorias subsistentes.
2. Compete, designadamente, à Direção de Enfermagem:
 - a) Colaborar na definição das políticas do Centro Hospitalar;
 - b) Enquadrar a prestação de cuidados de enfermagem nas políticas definidas pelo Centro Hospitalar;
 - c) Elaborar estudos de custo/benefício relativamente aos cuidados de enfermagem;
 - d) Contribuir para a definição da política de garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, promovendo a aplicação dos padrões de qualidade aprovados;
 - e) Elaborar e manter atualizados os procedimentos orientadores da prática clínica;
 - f) Planear e avaliar ações e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;
 - g) Monitorizar os procedimentos profissionais, garantindo a adoção das melhores práticas nacionais e internacionais;
 - h) Pugnar pelo desenvolvimento de competências dos enfermeiros;
 - i) Propor o plano anual de formação dos enfermeiros;
 - j) Garantir o respeito pelos valores, regras deontológicas e prática legal da profissão;
 - k) Emitir parecer sobre a definição da política de investigação em enfermagem;
 - l) Propor a elaboração de regulamentação interna relativa à enfermagem;
 - m) Indicar ao órgão de gestão os enfermeiros para o exercício de funções de direção e chefia;
 - n) Discutir, previamente à fixação e revisão pelo conselho coordenador de avaliação, as normas de atuação e critérios de avaliação e respetivas ponderações, quer dos objetivos individuais, quer dos comportamentos profissionais, bem como outros aspetos relativos ao processo de avaliação do desempenho dos profissionais enfermeiros;
 - o) Incentivar a elaboração, aplicação, avaliação e atualização dos procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material;
 - p) Apoiar a elaboração de instrumentos de previsão e gestão do risco;
 - q) Emitir pareceres que, no âmbito das suas atribuições, lhe hajam sido solicitados;
 - r) Aprovar o seu regulamento interno, por maioria absoluta dos seus membros.
3. Na Direção de Enfermagem funciona uma comissão executiva permanente, a quem compete:
 - a) Executar as deliberações da Direção de Enfermagem;
 - b) Coadjuvar o presidente da Direção de Enfermagem, no exercício das suas funções;
 - c) Exercer as demais competências que lhe estejam legalmente atribuídas.

4. A Direção de Enfermagem reúne ordinariamente uma vez em cada trimestre, de acordo com o disposto no regulamento interno aprovado por este órgão.

Artigo 18.º - Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica e Técnico Superior Diretor

1. O Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica integra todos os coordenadores designados.
2. Sempre que em determinada profissão não exista coordenador, bem como nos casos em que a designação deste tenha resultado da agregação de mais do que uma área profissional, e por forma a garantir que todas as profissões estejam representadas, o Conselho Técnico integra ainda um técnico superior das áreas de diagnóstico e terapêutica, detentor da categoria mais elevada, por cada uma das profissões não abrangidas no número anterior.
3. Ao Conselho Técnico, no âmbito das suas funções de apoio ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar, compete:
 - a) Promover a articulação e a harmonização do exercício profissional das diversas profissões representadas, designadamente, mediante emissão de normas técnicas;
 - b) Dar parecer sobre matérias relativas às profissões representadas, nomeadamente sobre a formação pré e pós-graduada;
 - c) Assegurar as funções de conselho coordenador da avaliação no âmbito da carreira de técnico superior das áreas de diagnóstico e terapêutica.
4. O Técnico Superior Diretor é designado pelo Conselho de Administração em regime de comissão de serviço, pelo período de três anos, renováveis.
5. O técnico a designar como Técnico Superior Diretor deve ter, preferencialmente, formação na área da gestão e contar com, pelo menos, 10 anos de exercício profissional.
6. O Técnico Superior Diretor é, por inerência, presidente do Conselho Técnico, tendo, em caso de empate, voto de qualidade.
7. Constituem competências do Técnico Superior Diretor:
 - a) Emitir pareceres técnicos e prestar informações e esclarecimentos a solicitação do órgão dirigente máximo do Centro Hospitalar;
 - b) Participar na elaboração do plano e do relatório de exercício, na parte que respeite aos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica;
 - c) Articular a sua atividade com os restantes órgãos de direção do Centro Hospitalar;
 - d) Supervisionar as funções de coordenação, designadamente, procedendo à avaliação do desempenho dos coordenadores;

8. Exercer as demais competências que por lei lhe sejam atribuídas ou que lhe sejam delegadas.

Artigo 19.º - Comissões Técnicas

1. As Comissões Técnicas assumem competência consultiva e têm por função colaborar com o Conselho de Administração em matérias especializadas. Para além daquelas que por imperativo legal venham a ser criadas, bem como aquelas que por despacho do Conselho de Administração venham a ser constituídas, o Centro Hospitalar dispõe das seguintes Comissões Técnicas:
 - a) Comissão de Ética;
 - b) Comissão de Qualidade e Segurança do Doente;
 - c) Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL- PPCIRA);
 - d) Comissão de Farmácia e Terapêutica;
 - e) Comissão de Coordenação Oncológica;
 - f) Comissão Técnica de Certificação de Interrupção da Gravidez;
 - g) Comissão de Normalização de Produtos e Equipamentos;
 - h) Comissão de Catástrofe e de Emergência;
2. Compete ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar designar os membros.
3. Os mandatos dos membros das Comissões Técnicas têm a duração de três anos, sem prejuízo da sua substituição, devidamente fundamentada, sempre que tal seja tido por oportuno.
4. O funcionamento de cada Comissão Técnica é definido em regulamento próprio constante de normativo legal ou a aprovar pelo Conselho de Administração.
5. As Comissões Técnicas desenvolvem a sua atividade de acordo com o plano de ação aprovado pelo Conselho de Administração.
6. As Comissões Técnicas estão obrigadas a apresentar até março de cada ano civil o respetivo relatório de atividades respeitante ao ano anterior.

Artigo 20.º - Comissão de Ética

1. A Comissão de Ética tem por atribuição zelar pela observância de padrões de ética e de deontologia no exercício das ciências médicas, em contexto hospitalar. Compete em especial à Comissão de Ética:
 - a) Emitir pareceres sobre questões éticas no domínio das atividades do Centro Hospitalar;
 - b) Pronunciar-se sobre protocolos de investigação científica, estudos observacionais e outros projetos desenvolvidos no Centro Hospitalar, que envolvam utentes e/ou produtos biológicos;
 - c) Promover a divulgação dos princípios gerais da bioética pelos meios julgados adequados.

2. Cabe ao Diretor Clínico indicar os membros da Comissão de Ética, cujo mandato é de três anos, podendo ser renovado por iguais períodos, estando a sua constituição sujeita a homologação pelo Conselho de Administração.
3. A Comissão de Ética é composta por sete membros, designados entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos, juristas, teólogos, psicólogos, sociólogos ou profissionais de outras áreas das ciências sociais e humanas, podendo, sempre que necessário, solicitar o apoio de outros técnicos ou peritos.
4. A Comissão de Ética funciona sob a direção de um presidente, coadjuvado por um vice-presidente, eleitos por e de entre os seus membros, por um período de três anos.
5. Os pareceres emitidos pela Comissão de Ética assumem sempre a forma escrita e não têm caráter vinculativo, sem prejuízo do disposto no regime legal relativo à realização de ensaios clínicos em seres humanos.

Artigo 21.º - Comissão da Qualidade e Segurança do Doente

1. A Comissão da Qualidade e Segurança do Doente é responsável pela operacionalização da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde nos termos previstos na legislação aplicável.
2. Sem prejuízo das competências dos Gabinetes de Gestão da Qualidade e de Gestão do Risco, com os quais deverá manter articulação sinérgica efectiva, 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.

Artigo 22.º - Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL PPCIRA)

1. A actividade do GCL-PPCIRA integra-se na estrutura organizacional do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, tendo como objetivos gerais a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos.
2. Deve ter natureza multidisciplinar, incluindo obrigatoriamente na sua composição, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros técnicos de saúde ligados à área de intervenção e a sua composição rege-se pela legislação específica aplicável.

3. O coordenador do GCL-PPCIRA deve ser membro da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente e da Comissão de Farmácia e Terapêutica.
4. Ao GCL-PPCIRA compete, nomeadamente:
 - a) Supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos;
 - b) Garantir o cumprimento dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde e de resistências aos antimicrobianos;
 - c) Garantir práticas locais de isolamentos para contenção de agentes multirresistentes, assegurando a gestão racional dos recursos físicos existentes de acordo com a gestão de prioridades de risco e garantindo o fluxo de informação no Centro Hospitalar;
 - d) Garantir o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica de infeção e de resistências aos antimicrobianos aos serviços clínicos;
 - e) Colaborar no processo de notificação das doenças de declaração obrigatória;
 - f) Promover e corrigir práticas de prevenção e controlo de infeção nomeadamente no que se refere à higiene das mãos, ao uso de equipamento de proteção individual e de controlo ambiental, sobretudo a higienização de superfícies frequentemente manuseadas;
 - g) Promover e corrigir as práticas de uso de antibióticos, nomeadamente através da implementação de programa de assistência à prescrição antibiótica, tanto em profilaxia como em terapêutica, permitindo ao grupo de coordenação local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos a anulação do uso de antibióticos em situações em que não estão indicados ou utilizados por tempo superior ao necessário;
 - h) Ter como interlocutores privilegiados o diretor de serviço e o enfermeiro chefe/coordenador de cada serviço clínico;
 - i) Fazer integrar as suas atividades no plano e relatório anual de atividades da respetiva comissão de qualidade e segurança.

Artigo 23.º - Comissão de Farmácia e Terapêutica

1. A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) tem por atribuição propor as orientações terapêuticas e a utilização mais eficiente dos medicamentos, no âmbito da política do medicamento, apoiadas em bases sólidas de farmacologia clínica e evidência da economia da saúde sobre custo-efetividade, monitorizando a prescrição dos medicamentos, a sua utilização e garantindo a todos os utentes a equidade no acesso à terapêutica.
2. A CFT é constituída por um número de seis a dez membros, em paridade entre médicos e farmacêuticos.

3. A CFT é presidida pelo Diretor Clínico ou por um médico especialista do mapa do Centro Hospitalar nomeado pelo Diretor Clínico para esse efeito, sendo os restantes médicos indigitados pelo Diretor Clínico e os farmacêuticos pelo Responsável dos Serviços Farmacêuticos, de entre os médicos e farmacêuticos vinculados ao Centro Hospitalar.
4. Os membros da CFT são nomeados por três anos e apresentam no início de funções declaração de conflito de interesses nos termos previstos na legislação em vigor.
5. Compete à CFT, nomeadamente:
 - a) Atuar como órgão de ligação entre os serviços de ação médica e os serviços farmacêuticos;
 - b) Pronunciar-se sobre a adequação da terapêutica prescrita;
 - c) Selecionar, designadamente entre as alternativas terapêuticas, a lista de medicamentos que serão disponibilizados pelo Centro Hospitalar;
 - d) Implementar e monitorizar o cumprimento dos critérios de utilização de medicamentos e dos protocolos de utilização no Centro Hospitalar;
 - e) Monitorizar os dados resultantes da utilização de medicamentos e outras tecnologias de saúde;
 - f) Analisar com cada serviço hospitalar os custos da terapêutica;
 - g) Em articulação com o Monitor da Prescrição Médica, monitorizar a prescrição interna de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
 - h) Diligenciar pela promoção de estratégias efetivas na utilização racional do medicamento no Centro Hospitalar;
 - i) Colaborar com o Sistema Nacional de Farmacovigilância.

Artigo 24.º - Comissão de Coordenação Oncológica

1. A Comissão de Coordenação Oncológica tem a composição e as atribuições definidas na lei, sendo presidida pelo Diretor Clínico ou por um dos seus Adjuntos.
2. Compete-lhe, em especial:
 - 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;
 - b) Aprovar protocolos de atuação diagnóstica e terapêutica dos diversos tipos de doença oncológica;
 - c) Articular com os cuidados de saúde primários e cuidados continuados integrados com o objetivo de assegurar a continuidade do processo assistencial do doente oncológico;
 - d) Promover e coordenar o registo das doenças oncológicas.

Artigo 25.º - Comissão Técnica de Certificação de Interrupção da Gravidez

1. A Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez rege-se pelo disposto na lei, competindo-lhe avaliar e certificar da conformidade dos processos de interrupção da gravidez não punível, nas situações previstas na alínea c) do número 1 do artigo 142.º do Código Penal.
2. É composta por três ou cinco médicos como membros efetivos e dois suplentes, a nomear por período de um ano, renovável, pelo Conselho de Administração.
3. Reúne mediante convocação do Presidente, sempre que necessário, e obrigatória e imediatamente, após a receção dos atestados, relatórios, pareceres médicos e documento normalizado de consentimento para a realização da interrupção da gravidez.

Artigo 26.º - Comissão de Normalização de Produtos e Equipamentos

1. A Comissão de Normalização de Produtos e Equipamentos tem como principal atribuição, elaborar estudos relativos à política de aquisição e renovação de material e equipamentos, bem como dar parecer sobre os pedidos de introdução de novas técnicas, equipamentos ou produtos de consumo hospitalar, numa perspectiva de normalização e de avaliação do seu impacto em termos de custo-oportunidade, efetividade, utilidade e benefício.
2. É constituída, no mínimo, por três membros e integra o responsável do Serviço de Aprovisionamento, um médico e um enfermeiro, nomeados pelo Conselho de Administração.

Artigo 27.º - Comissão de Catástrofe e Emergência

1. A Comissão de Catástrofe e Emergência é um órgão de apoio ao Conselho de Administração que tem por atribuição a prevenção e a gestão de situações de crise que integrem o âmbito de responsabilidade institucional do Centro Hospitalar.
2. A Comissão de Catástrofe e Emergência é presidida pelo Presidente do Conselho de Administração.
3. A Comissão de Catástrofe e Emergência é responsável pela elaboração e atualização dos Planos de Emergência da Unidade de Saúde (PEUS) nos termos definidos pela Direção-Geral da Saúde que englobam o Plano de Catástrofe Externa e o Plano de Segurança Interno para cada Unidade do Centro Hospitalar.
4. Estes Planos têm como objetivo principal fazer face a uma situação excecional mantendo a continuidade dos cuidados de saúde, preservando ao mesmo tempo, a segurança dos doentes e dos profissionais:
 - a) O Plano de Catástrofe Externa responde a uma necessidade de cuidados de saúde face à ocorrência inesperada de uma situação de pandemia ou emergência multivítimas na área de influência do Centro Hospitalar;

- b) O Plano de Segurança Interno responde a uma necessidade de intervenção, atuação interna e articulação com entidades externas, num cenário de emergência interna.
5. A sua finalidade é informar os profissionais do Centro Hospitalar das modalidades de ação em caso da sua ativação e planear a articulação com os meios de socorro externo e entidades civis com competência no âmbito da intervenção em emergência e catástrofe.
6. Compete em especial à Comissão de Catástrofe e Emergência:
- a) Promover estreita articulação em matéria de prevenção e gestão de situações de crise com o Serviço de Segurança e Saúde Ocupacional, o Gabinete de Gestão do Risco, o Gabinete de Gestão da Qualidade e a Comissão da Qualidade e Segurança do Doente;
 - b) Assegurar a colaboração com as entidades externas relevantes, nomeadamente, os serviços de proteção civil, as corporações de bombeiros, os serviços de polícia e segurança pública e todas as entidades intervenientes na operacionalização dos planos;
 - c) Organizar ações de prevenção, informação e sensibilização dos profissionais por forma a garantir a mobilização em situações de catástrofe e/ou emergência;
 - d) Promover a realização, pelas entidades tecnicamente competentes, de vistorias às instalações e equipamentos, tendo em vista a verificação das condições de segurança para uma eventual resposta em situações de emergência.
7. A Comissão de Catástrofe Externa e Emergência Interna é um grupo multidisciplinar constituído por:
- a) Presidente do Conselho de Administração;
 - b) Diretor Clínico;
 - c) Enfermeiro-Diretor;
 - d) Diretores do Serviço de Urgência do Hospital Nossa Sr^a do Rosário e do Hospital do Montijo;
 - e) Responsável do Serviço de Recursos Humanos;
 - f) Responsável do Serviço de Aprovisionamento;
 - g) Responsável dos Serviços Farmacêuticos;
 - h) Responsável do Serviço de Gestão Hoteleira;
 - i) Responsável do Serviço de Instalações e Equipamentos;
 - j) Responsável do Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação;
 - k) Responsável do Serviço de Gestão de Doentes;
 - l) Responsável do Gabinete de Comunicação e Imagem;
 - m) Responsável pelo Gabinete de Gestão do Risco;
 - n) Responsável pela Comissão da Qualidade e Segurança do Doente
 - o) Responsável do Serviço de Segurança e Saúde Ocupacional;
 - p) Um ou vários especialistas, segundo a tipologia da catástrofe externa ou da emergência interna.

8. Ao Presidente do Conselho de Administração compete:
- a) Presidir e coordenar a Comissão de Catástrofe e Emergência;
 - b) Ativar e desativar os Planos de Catástrofe Externa e de Segurança Interno;
 - c) Autorizar a realização de ações de formação em relação às normas e metodologias de prevenção, alerta e atuação;
 - d) Garantir a difusão dos documentos a todos os colaboradores, através de sessões de informação sobre o conteúdo destes documentos e elaborar planos de formação dos profissionais de saúde;
 - e) Organizar exercícios periódicos de modo a avaliar a capacidade de resposta interna, a sua eficácia e determinar potenciais áreas de melhoria, em articulação com as entidades externas relevantes.

Artigo 28.º - Outras Comissões e Equipas Especializadas

Para atuação em matérias especializadas compõem ainda a estrutura orgânica do Centro Hospitalar outras comissões técnicas, órgãos e equipas pluridisciplinares, designadamente:

- a) Comissão de Acompanhamento da Prevenção da Corrupção;
- b) Comissão de Aleitamento Materno;
- c) Comissão de Hemoderivados;
- d) Comissão Local de Informatização Clínica;
- e) Comissão Paritária do SIADAP;
- f) Comissão de Proteção Radiológica;
- g) Comissão Transfusional;
- h) Unidade de Gestão do Doente Oncológico;
- i) Equipa de Gestão de Altas;
- j) Equipas das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF);
- k) Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA);
- l) Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR);
- m) Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ);
- n) Unidade de Gestão do Acesso Hospitalar (UGAH).

CAPÍTULO III – Organização interna

Secção I – Estrutura de gestão

Artigo 29.º - Estrutura orgânica

1. O Centro Hospitalar organiza-se de acordo com as normas e critérios genéricos definidos pela Tutela em função das suas atribuições e áreas de atuação específicas, fundada numa estrutura orgânica com base em serviços agregados em departamentos e englobando unidades funcionais.

2. Esta estrutura tende a desenvolver a sua ação através de centros de responsabilidade integrada para potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorar a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentar a produtividade dos recursos humanos e contribuir para uma maior eficácia e eficiência do Centro Hospitalar.

Artigo 30.º - Gestão por Objetivos

1. O Centro Hospitalar adota o modelo de gestão participada por objetivos assente em níveis de gestão estratégica e operacional.
2. Neste modelo, compete ao Conselho de Administração estabelecer os objetivos e definir o modelo de governação estratégica do Centro Hospital e orientar as relações externas.
3. Ao nível da gestão operacional, compete aos Administradores Hospitalares, Diretores, Coordenadores e Responsáveis, planear, dirigir e garantir a execução da atividade em conformidade com as estratégias e objetivos estabelecidos, prosseguindo a máxima economia, eficácia e eficiência do Centro Hospitalar.

Artigo 31.º - Criação de Centros de Responsabilidade Integrada

1. O Centro Hospitalar tenderá a adotar uma estrutura organizacional assente em Centros de Responsabilidade Integrada, entendidas como unidades descentralizadas de gestão intermédia, dotadas de um conjunto de meios materiais e humanos agregados em centros de custo, detentoras de um nível de autonomia e responsabilidade acrescidos, propícios à criação de valor e à promoção de resultados assistenciais e de gestão alinhados com os objetivos e missão do Centro Hospitalar.
2. São pressupostos para a criação de Centros de Responsabilidade Integrada:
 - a) A existência de objetivos próprios para os quais estejam orientadas as suas atividades assistenciais, formativas e científicas, estruturados em plano de ação;
 - b) A assunção de resultados operacionais e assistenciais de relevância estratégica para o Centro Hospitalar negociados com o Conselho de Administração e plasmados em Contrato-Programa;
 - c) A existência de um conselho de gestão, presidido por um profissional detentor de notórias capacidades de liderança, sólidos conhecimentos em organização e gestão de unidades de saúde e experiência no exercício de funções de chefia, contando ainda com a participação de um profissional com formação específica em administração hospitalar ou gestão de unidades de saúde;
 - d) Que o conselho de gestão tenha poder de decisão sobre os meios necessários à realização dos seus objetivos;
 - e) A existência de uma matriz de centros de custo atualizada, de um sistema de custeio fiável e de codificação e classificação da produção do Centro Hospitalar;
 - f) A apresentação de um plano de implementação e do respectivo cronograma;

- g) A apresentação de estudos de viabilidade económica, designadamente sobre a forma de orçamentos-programa;

Artigo 32.º - Estrutura dos Departamentos, Centros de Responsabilidade Integrada, Serviços, e Unidades Funcionais

1. O Centro Hospitalar estrutura-se em Departamentos, Centros de Responsabilidade Integrada, Serviços e Unidades Funcionais.
2. O Serviço é a unidade básica da organização, funcionando autonomamente ou de forma agregada em Departamentos ou Centros de Responsabilidade Integrada
3. As Unidades Funcionais são agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos, integradas em Serviços, Departamentos ou Centros de Responsabilidade Integrada, podendo também ser partilhadas por Departamentos, Centros de Responsabilidade Integrada e serviços distintos.
4. Os Departamentos, os Centros de Responsabilidade Integrada e os Serviços dispõem de um Diretor e as Unidades Funcionais de um Responsável, todos nomeados pelo Conselho de Administração.
5. São Serviços do Centro Hospitalar:
 - a) Serviços de Ação Médica;
 - b) Serviços de Apoio.

Secção II – Dos Serviços de Ação Médica

Artigo 33.º - Constituição dos Serviços de Ação Médica

1. Os Serviços de Ação Médica organizam-se em Serviços e Unidades Funcionais, nas áreas que seguidamente se indicam:
 - a) Medicina e Especialidades Médicas;
 - b) Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas;
 - c) Psiquiatria e Saúde Mental;
 - d) Mulher e Criança;
 - e) Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.
2. A Área de Medicina e Especialidades Médicas compreende:
 - a) Serviço de Medicina Interna com as valências de Dermatologia e Infeciologia;
 - b) Serviço de Cardiologia;
 - c) Serviço de Pneumologia;
 - d) Serviço de Oncologia;
 - e) Unidade de Gastrenterologia;
 - f) Unidade de Neurologia;
 - g) Unidade de Cuidados Paliativos.

3. A Área de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas compreende:
 - a) Serviço de Cirurgia Geral;
 - b) Serviço de Ortopedia;
 - c) Serviço de Urologia;
 - d) Serviço de Anestesiologia;
 - e) Serviço de Oftalmologia;
 - f) Serviço de Otorrinolaringologia;
 - g) Unidade de Cirurgia Plástica;
 - h) Unidade de Senologia;
 - i) Unidade do Bloco Operatório Central;
 - j) Unidade do Bloco de Cirurgia do Ambulatório.
4. A Área de Psiquiatria e Saúde Mental compreende o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, que inclui a valência de Pedopsiquiatria
5. A Área da Mulher e da Criança compreende:
 - a) Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, onde se integra a Urgência de Ginecologia/Obstetrícia;
 - b) Serviço de Pediatria que inclui a valência de Neonatologia e a Urgência Pediátrica.
6. A área dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica compreende:
 - a) Serviço de Imagiologia;
 - b) Serviço de Patologia Clínica;
 - c) Serviço de Anatomia Patológica;
 - d) Serviço de Medicina Física e de Reabilitação;
 - e) Serviço de Imunohemoterapia;
 - f) Serviço de Radioterapia;
 - g) Unidade de Técnicas Endoscópicas.
7. Constituem-se autonomamente sem integração em áreas:
 - a) Serviço de Urgência Geral no qual se integra a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER);
 - b) Serviço de Urgência Básica;
 - c) Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes;
 - d) Unidade de Consulta Externa.

Artigo 34.º - Âmbito de atuação dos Serviços

1. A atuação dos Departamentos, Centros de Responsabilidade Integrada, Serviços e Unidades Funcionais poderá desenvolver-se no Internamento, na Consulta, na Urgência, na Atividade Cirúrgica, Hospital de Dia, na Atividade Domiciliária, na realização de Técnicas de Diagnóstico e/ou Terapêutica.
2. Nas suas funções, todos os Diretores e Responsáveis deverão promover o pleno aproveitamento dos recursos instalados, tendo subjacentes princípios de racionalização, eficácia e eficiência.
3. Os Diretores e os Responsáveis deverão garantir o registo, para efeitos de gestão clínica, estatísticos, de faturação e de gestão do desempenho, de toda a atividade realizada.
4. Devem ser evitadas redundâncias e duplicações desnecessárias de técnicas e serviços, competindo aos Diretores e Responsáveis propor as ações de centralização e concentração mais adequadas ao processo de tratamento dos doentes.
5. Os Diretores e Responsáveis deverão promover processos de normalização, quer a nível dos suportes documentais, quer a nível das intervenções terapêuticas, definindo manuais de boas práticas, normas orientadoras e protocolos terapêuticos, de modo a facilitar o processo de racionalização e de tratamento eficiente dos doentes.

Artigo 35.º - Nomeação dos Diretores de Departamento, Centros de Responsabilidade Integrada e de Serviço

1. O Diretor de Departamento e o Diretor de Centro de Responsabilidade Integrada, quando previsto, é nomeado, em comissão de serviço, por um período de três anos, pelo Conselho de Administração, sob proposta do Diretor Clínico, de entre médicos com condições para serem nomeados Diretores de Serviço.
2. Os Diretores de Departamento, de Centros de Responsabilidade Integrada e de Serviço de natureza assistencial são nomeados de entre médicos, inscritos no colégio da especialidade da Ordem dos Médicos correspondente à área clínica onde vão desempenhar funções e, preferencialmente, com evidência curricular de gestão e liderança.
3. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, os procedimentos com vista à nomeação de Diretor de Serviço devem ser objeto de aviso público, de modo a permitir a manifestação de interesse individual.
4. O Diretor de Serviço é nomeado pelo Conselho de Administração em comissão de serviço, sob proposta do Diretor Clínico, por um período de três anos, de entre os médicos que manifestem notórias capacidades de gestão e de liderança.
5. Os nomeados para os cargos referidos nos números anteriores deverão apresentar, no prazo de 30 dias, contados desde a data do início de funções, um programa de ação para o Departamento ou

Serviço, a submeter à aprovação do Conselho de Administração, com prévio parecer do Diretor Clínico e, caso se aplique, do Diretor do Departamento.

6. A renovação da comissão de serviço está dependente da apreciação pelo Conselho de Administração de um relatório de atividades que explicita os resultados alcançados no cumprimento dos objetivos estabelecidos e de um programa de ação para novo mandato a apresentar pelos interessados até 60 dias antes do seu termo.
7. As comissões de serviço podem, a todo o tempo, ser dadas por findas, por requerimento do interessado ou por deliberação do Conselho de Administração.

Artigo 36.º - Competências do Diretor de Departamento

Ao Diretor de Departamento compete, com a salvaguarda das competências técnicas e científicas atribuídas a outros profissionais:

- a) Promover, coordenar e programar as iniciativas técnico-científicas e de investigação dos diversos Serviços que integram o Departamento;
- b) Compatibilizar e propor os planos de acção preparados pelos diversos Serviços e Unidades Funcionais do Departamento com vista à sua integração no plano de ação do Centro Hospitalar;
- c) Garantir a eficiente utilização da capacidade instalada, designadamente pelo pleno aproveitamento dos equipamentos e infra-estruturas existentes e pela diversificação do regime de horário de trabalho, de modo a alcançar uma taxa óptima da utilização dos recursos disponíveis;
- d) Definir, propor e adoptar as medidas adequadas à máxima rentabilização da capacidade instalada do departamento, designadamente através de uma utilização não compartimentada da mesma, bem como acompanhar o sistema de avaliação;
- e) Propor e adoptar as medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, funcionais e físicas dos Serviços e Unidades Funcionais do Departamento, com vista ao incremento da eficiência conjunta da utilização dos recursos disponíveis, ao aumento da sua eficácia e à obtenção dos melhores resultados;
- f) Preparar informações, relatórios e outros documentos com a periodicidade adequada e submetê-los ao Conselho de Administração, de forma a mantê-lo constantemente informado;
- g) Assegurar a máxima integração da actividade dos Serviços e Unidades Funcionais do Departamento, designadamente através da partilha de instalações e equipamento, multidisciplinaridade de actuação e desenvolvimento de projectos comuns, nomeadamente através de estruturas matriciais e transversais de prestação de cuidados;
- h) Desenvolver a implementação de instrumentos de garantia de qualidade técnica dos Serviços e Unidades Funcionais do Departamento;

- i) Zelar pela constante actualização dos colaboradores, designadamente a que promova a multidisciplinaridade e intersectorialidade interna, bem como pelos aspetos relativos à execução da política de recursos humanos definida para o Centro Hospitalar.

Artigo 37.º - Competências do Diretor do Conselho de Gestão do Centro de Responsabilidade Integrada

Compete ao Diretor do Conselho de Gestão do Centro de Responsabilidade Integrada:

- a) Coordenar a atividade do Conselho de Gestão;
- b) Responsabilizar-se pela qualidade do processo assistencial;
- c) Submeter a aprovação, ou a autorização, do Conselho de Administração todos os atos que dela careçam;
- d) Representar o CRI;
- e) Exercer as competências que lhe sejam delegadas.

Artigo 38.º - Competências do Diretor de Serviço

1. Ao Diretor de Serviço compete, com a salvaguarda das competências técnicas e científicas atribuídas a outros profissionais, planear e dirigir toda a atividade do respectivo Serviço de Ação Médica, sendo responsável pela correção e prontidão dos cuidados de saúde a prestar aos doentes, bem como pela utilização e eficiente aproveitamento dos recursos postos à sua disposição.
2. Compete, em especial, ao Diretor de Serviço:
 - a) Definir a organização da prestação de cuidados de saúde e emitir orientações, na observância das normas emitidas pelas entidades competentes;
 - b) Elaborar o plano anual de actividades e orçamento do serviço;
 - c) Analisar mensalmente os desvios verificados, face à atividade esperada e às verbas orçamentadas, corrigi-los ou, sendo necessário, propor medidas corretivas;
 - d) Promover a manutenção de um sistema de controlo interno eficaz destinado a assegurar a salvaguarda dos activos, a integridade e fiabilidade do seu sistema de informação e a observância das leis, dos regulamentos e das normas aplicáveis, assim como o acompanhamento dos objectivos globais definidos;
 - e) Assegurar a gestão adequada dos recursos humanos, incluindo a avaliação interna do desempenho global dos profissionais, dentro dos parâmetros estabelecidos, e manter a disciplina do serviço, assegurando o cumprimento integral por todo o pessoal, independentemente do regime de trabalho que o liga ao Centro Hospitalar;
 - f) Garantir o registo atempado e correto dos atos clínicos, preferencialmente em suporte digital, e providenciar pela gestão dos bens e equipamentos do serviço;

- g) Assegurar a gestão adequada dos artigos em stock, o respetivo circuito e o controlo dos consumos dos produtos mais significativos, nomeadamente medicamentos e material clínico;
 - h) Promover a aplicação dos programas de controlo de qualidade e de produtividade, zelando por uma melhoria contínua da qualidade dos serviços e propondo, quando necessário, a realização de auditorias;
 - i) Garantir a atualização das técnicas utilizadas, promovendo por si ou propondo aos órgãos competentes as iniciativas aconselháveis para a valorização, o aperfeiçoamento e a formação profissional do pessoal em serviço;
 - j) Assegurar a produtividade e eficiência dos cuidados de saúde prestados e proceder à sua avaliação sistemática;
 - k) Garantir a organização e constante atualização dos processos clínicos, designadamente através da revisão das decisões de admissão e de alta, mantendo um sistema de codificação correcto e atempado das altas clínicas;
 - l) Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas em resposta a reclamações apresentadas pelos utentes.
3. O Diretor de Serviço pode delegar as suas competências.
4. O exercício das funções de Responsável de Unidade Funcional respeitam regime equivalente ao ora definido para o Diretor de Serviço, sem prejuízo dos ajustamentos que o Conselho de Administração entenda considerar.

Artigo 39.º - Competências dos Enfermeiros com Funções de Direção e Chefia

1. O exercício de funções de direção e chefia são cumpridos mediante nomeação pelo órgão de administração, sob proposta da Direção de Enfermagem, em comissão de serviço com a duração de três anos, renovável por iguais períodos.
2. Compete, designadamente, aos Enfermeiros com funções de direção e chefia:
- a) Gerir o serviço ou unidade de cuidados, incluindo a supervisão do planeamento, programação e avaliação do trabalho da respetiva equipa, atribuindo e decidindo afetação de meios, em respeito da estrutura organizacional do Centro Hospitalar;
 - b) Promover a aplicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos e atualizar procedimentos orientadores da prática clínica;
 - c) Identificar as necessidades de recursos humanos, articulando com a equipa a sua adequação às necessidades previstas, nomeadamente através da elaboração de horários e de planos de trabalho e férias;

- d) Exercer funções executivas, designadamente integrar órgãos de gestão, ou de assessoria, e participar nos processos de contratualização;
- e) Promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão com os estabelecimentos de ensino ou outras entidades, relativamente ao processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;
- f) Assegurar a informação que caracteriza o nível de produção, atividade ou qualidade da sua equipa;
- g) Assumir a responsabilidade pelas atividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce atividade;
- h) Elaborar, promover ou apoiar a concretização de projetos de desenvolvimento técnico-científico, institucional, de qualidade e inovação que mobilizem e desenvolvam o conjunto da equipa profissional;
- i) Garantir a gestão e prestação de cuidados de enfermagem nos serviços e/ou nas unidades;
- j) Determinar as necessidades em recursos humanos, designadamente em função dos níveis de dependência ou outros indicadores, e de materiais, em quantidade e especificidade, nos serviços e/ou unidades;
- k) Apoiar o Enfermeiro-Diretor, designadamente, na admissão de enfermeiros e na sua distribuição pelos serviços e unidades, na elaboração de proposta referente a mapas de pessoal de enfermagem, no estabelecimento de critérios referentes à mobilidade, na avaliação da qualidade dos cuidados, na definição e regulação de condições e prioridades para projetos de investigação e na definição e avaliação de protocolos e políticas formativas;
- l) Participar nos processos de contratualização inerentes aos serviços e/ou unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;
- m) Elaborar o plano de ação e relatório anual referentes à atividade de enfermagem do departamento ou conjunto de serviços ou unidades e participar na elaboração de planos de ação e respetivos relatórios globais do departamento ou conjunto de serviços ou unidades.

Secção III – Dos Serviços de Apoio

Artigo 40.º - Constituição dos Serviços de Apoio

1. Os Serviços de Apoio podem agrupar-se em duas grandes áreas, Apoio à Ação Médica e Apoio Geral.
2. O Apoio à Ação Médica compreende os Serviços Farmacêuticos, o Serviço de Nutrição e Alimentação, a Unidade de Psicologia, o Serviço de Esterilização, o Serviço Social, o Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, o Serviço de Gestão de Doentes e o Serviço de Gestão Hoteleira.

3. O Apoio Geral compreende o Serviço de Recursos Humanos, os Serviços Financeiros, o Serviço de Aprovisionamento, o Serviço de Instalações e Equipamentos, o Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação, a Academia de Formação e o Serviço de Segurança e Saúde Ocupacional.

Artigo 41.º - Nomeação do Responsável dos Serviços

1. Os Responsáveis pelos Serviços de Apoio são nomeados pelo Conselho de Administração por um período de três anos, renovável por iguais períodos, nos termos do presente Regulamento e, se aplicável, de acordo com a legislação específica da respetiva carreira.
2. Para efeitos do disposto no número anterior os Responsáveis pelos Serviços são nomeados de entre profissionais que manifestem notórias capacidades de organização e experiência de gestão e liderança.

Artigo 42.º - Competências

1. Ao Responsável do Serviço compete, com salvaguarda das competências atribuídas por lei a outros órgãos, planear e dirigir toda a atividade do respetivo serviço, sendo responsável pela utilização e pelo eficiente aproveitamento dos recursos postos à sua disposição.
2. Compete, em especial, ao Responsável pelo Serviço, o seguinte:
 - a) Liderar a equipa multiprofissional em função dos objetivos do serviço, promover a valorização, a satisfação e o incremento dos níveis de eficiência dos profissionais;
 - b) Elaborar o plano anual de actividades e o orçamento do serviço;
 - c) Elaborar os relatórios de gestão das atividades anualmente desenvolvidas pelo serviço;
 - d) Analisar mensalmente os desvios verificados face à atividade esperada e às verbas orçamentadas, corrigi-los ou, sendo necessário, propor medidas corretivas ao Conselho de Administração;
 - e) Promover a manutenção de um sistema de controlo interno eficaz destinado a assegurar a salvaguarda dos ativos, a integridade e fiabilidade do seu sistema de informação e a observância das leis, dos regulamentos e das normas aplicáveis, assim como o acompanhamento dos objetivos globais definidos;
 - f) Assegurar a gestão adequada dos recursos humanos, incluindo a avaliação interna do desempenho global dos profissionais, dentro dos parâmetros estabelecidos, e manter a disciplina do serviço, assegurando o cumprimento integral por todo o pessoal, independentemente do regime de trabalho que o liga ao hospital;
 - g) Promover a organização e o registo da contabilidade, bem como providenciar pela organização e cadastro dos bens, móveis e imóveis;
 - h) Assegurar a gestão adequada dos artigos em armazém, o respectivo circuito e o controlo dos consumos dos produtos mais significativos, utilizando para o efeito as técnicas mais adequadas;

- i) Promover a aplicação dos programas de controlo de qualidade e de produtividade, zelando por uma melhoria contínua da qualidade dos serviços e propondo ao Conselho de Administração, quando necessário, a realização de auditorias;
- j) Estabelecer políticas de articulação com os restantes serviços, nomeadamente na melhoria dos processos transversais e no estabelecimento de protocolos de atuação;
- k) Zelar pela atualização das técnicas utilizadas, promovendo por si ou propondo aos órgãos competentes as iniciativas aconselháveis para a valorização, o aperfeiçoamento e a formação profissional do pessoal em serviço, e organizar e supervisionar todas as atividades de formação e investigação.

Artigo 43.º - Serviços Farmacêuticos

1. Os Serviços Farmacêuticos dispõem de autonomia técnica e científica, sujeitos à orientação geral do Conselho de Administração, perante o qual respondem pelos resultados do seu exercício.
2. Os Serviços Farmacêuticos asseguram a disponibilização da terapêutica medicamentosa aos doentes, a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, integrando as equipas de cuidados de saúde e promovendo ações de investigação científica e de ensino.
3. Compete aos Serviços Farmacêuticos:
 - a) Assegurar a gestão (seleção, armazenamento e distribuição) do medicamento e de outros produtos farmacêuticos de uso hospitalar;
 - b) Implementar e monitorizar a política de medicamentos, definida no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos e pela Comissão de Farmácia e Terapêutica;
 - c) Assegurar a gestão dos medicamentos experimentais e dos dispositivos utilizados para a sua administração, bem como os demais medicamentos já autorizados, eventualmente necessários ou complementares à realização dos ensaios.
4. Os Serviços Farmacêuticos têm por funções, entre outras:
 - a) A seleção de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos;
 - b) O aprovisionamento, armazenamento e distribuição dos medicamentos experimentais e os dispositivos utilizados para a sua administração, bem como os demais medicamentos já autorizados, eventualmente necessários ou complementares à realização dos ensaios clínicos;
 - c) A produção de medicamentos;
 - d) Colaborar no processo de prescrição de Nutrição Parentérica e sua preparação;
 - e) Assegurar a informação farmacêutica e a prestação de assistência medicamentosa aos profissionais e aos utentes do Centro Hospitalar;;
 - f) Participar na elaboração de planos de compras e assumir a responsabilidade técnica das aquisições;

- g) Colaborar na investigação e no ensino das suas áreas específicas, designadamente através da colaboração nos ensaios clínicos autorizados e na preparação e formação dos profissionais;
- h) Participar em Comissões Técnicas Hospitalares;
- i) Monitorizar o consumo de medicamentos e elaborar relatórios periódicos comparativos.

Artigo 44.º - Serviço de Nutrição e Alimentação

1. O Serviço de Nutrição e Alimentação dispõe de autonomia técnica e científica, sujeitos à orientação geral do Conselho de Administração, perante o qual respondem pelos resultados do seu exercício.

2. Compete ao Serviço de Nutrição e Alimentação intervir nas áreas de nutrição clínica, gestão e alimentação institucional, investigação e assessoria científica, designadamente:

- a) Exercer a sua atividade clínica em toda a extensão do Centro Hospitalar;
- b) Proceder ao acompanhamento das necessidades alimentares e nutricionais dos doentes, de forma a garantir a assistência nutricional diferenciada e personalizada, utilizando os mais elevados e atualizados padrões;
- c) Exercer a sua atividade em articulação com os outros serviços assistenciais nomeadamente através da participação em programas institucionais e integração em equipas multidisciplinares;
- d) Supervisionar a preparação, confeção e distribuição de refeições a doentes e funcionários do Centro Hospitalar, de forma a garantir a sua adequação nutricional e terapêutica;
- e) Participar no ensino/formação de nutricionistas ou outros profissionais de saúde no âmbito das ciências da nutrição;
- f) Promover e/ou colaborar em projetos de investigação.

Artigo 45.º - Unidade de Psicologia

1. A Unidade de Psicologia dispõe de autonomia técnica e científica, sujeitos à orientação geral do Conselho de Administração, perante o qual responde pelos resultados do seu exercício, devendo desenvolver a sua atividade em articulação com as especialidades médicas e cirúrgicas do Centro Hospitalar, promovendo uma abordagem transversal e integrada dos cuidados de saúde, assegurando o diagnóstico e a avaliação psicológica dos utentes, o planeamento e a execução da intervenção psicológica, bem como a monitorização e avaliação dos resultados da intervenção efetuada.

2. Compete ao Serviço de Psicologia, designadamente:

- a) Elaborar pareceres e relatórios periciais;
- b) Participar em programas e atividades de educação para a saúde;
- c) Colaborar nas ações comunitárias que visem a promoção da saúde e a prevenção da doença;
- d) Efetuar aconselhamento psicológico individual, familiar ou de grupo;
- e) Efetuar intervenções psicológicas e psicoterapia;

- f) Participar em projetos de investigação e/ou formação (gestão, conceção e avaliação), nomeadamente, nos domínios que envolvem o comportamento individual ou de grupo;
- g) Identificar, planear e contratualizar serviços de Psicologia com as outras unidades ou serviços do Centro Hospitalar para todas as prestações de serviços a efetuar pelos psicólogos;
- h) Colaborar na realização de ações de formação específicas da psicologia em articulação com outros serviços e especialidades médicas;
- i) Integrar comissões e grupos de trabalho de âmbito institucional;
- j) Contribuir para a formação académica e profissional em Psicologia.

Artigo 46.º - Serviço de Esterilização

1. Ao Serviço de Esterilização compete atuar junto dos serviços utilizadores no sentido de promover a correta utilização do material esterilizado e o cumprimento das regras e rotinas estabelecidos com vista a conseguir que o serviço prestado seja adequado às necessidades e proporcione a satisfação dos utilizadores.
2. O processo de esterilização integra as tarefas de limpeza, acomodação, empacotamento e embalagem do material, bem como a arrumação nas áreas de armazenamento de acordo com as orientações estabelecidas.

Artigo 47.º - Serviço Social

1. O Serviço Social tem como principal atribuição o apoio e proteção aos cidadãos em situações de particular fragilidade e dependência, nos termos e orientações definidas pelo Conselho de Administração, perante o qual respondem pelos resultados do seu exercício.
2. Compete ao Serviço Social:
 - a) Assegurar o apoio psicossocial dos utentes e das respetivas famílias, no quadro dos grupos sociais em que se integram, identificando e analisando os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes e suas famílias, elaborando o respetivo diagnóstico social;
 - b) Proceder à investigação, estudo e conceção de processos, métodos e técnicas de intervenção social;
 - c) Participar na definição, promoção e concretização das políticas de intervenção social em articulação com todos os serviços do Centro Hospitalar;
 - d) Assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar em articulação com os parceiros da Comunidade e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI);
 - e) Envolver e orientar utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e procura dos recursos adequados às necessidades em articulação com as redes sociais de suporte na comunidade;
 - f) Prevenir, evitar e minimizar casos em que a alta clínica possa não coincidir com a alta social;

- g) Articular-se com os restantes profissionais do serviço para melhor garantir a qualidade e contribuindo para a humanização e eficiência na prestação de cuidados do Centro Hospitalar;
 - k) Relatar, informar e acompanhar, sempre que necessário e de forma sistemática, situações sociais problemáticas, em especial as relacionadas com crianças jovens, idosos, doentes e vítimas de crimes ou exclusão social.
3. Integrado no Serviço Social, funciona o Gabinete do Cidadão que tem por objetivo ser um meio de gestão da informação em defesa dos utentes, competindo-lhes organizar e manter o sistema de sugestões, reclamações, pedidos e elogios relativos às atividades do Centro Hospitalar, apresentados pelos utentes e pelo público em geral.

Artigo 48.º - Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa

O Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa assegura a assistência espiritual e religiosa no Centro Hospitalar e compete-lhe promover a disponibilização:

- a) De local com condições de privacidade para reuniões dos utentes, seus familiares ou outros cuja proximidade ao utente seja significativa, com os assistentes espirituais ou religiosos, sem símbolos religiosos específicos de qualquer confissão religiosa;
- b) De local de culto, em termos que garantam o acesso ao culto a todos os utentes, independentemente da sua confissão religiosa.

Artigo 49.º - Serviço de Gestão de Doentes

- 1. O Serviço de Gestão de Doentes integra a admissão de doentes com o Secretariado da Consulta Externa e da Urgência, os Secretariados Clínicos do Internamento e dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e outras áreas do Centro Hospitalar.
- 2. O Serviço de Gestão de Doentes integra ainda o Arquivo Clínico, o Gabinete das Taxas Moderadoras, a Unidade de Gestão de Espólios e a Unidade Gestão do Acesso Hospitalar.
- 3. São atribuições do Serviço de Gestão de Doentes:
 - a) Efetuar todos os registos e atos administrativos relativos ao percurso do doente, desde o momento da sua entrada até ao momento da saída e, conseqüentemente, potenciar a emissão da faturação dos serviços prestados;
 - b) Organizar e manter o sistema de informação externa sobre o estado clínico dos doentes, incluindo os casos de óbito;
 - c) Elaborar a estatística do movimento de doentes e atos clínicos realizados de acordo com as normas em vigor;

- d) Praticar os atos administrativos necessários à realização dos exames pelos doentes, quer estes sejam efetuados dentro do Centro Hospitalar ou no exterior, independentemente da modalidade de admissão e do regime de internamento;
- e) Assegurar a gestão e controlo dos termos de responsabilidade para a prestação de cuidados de saúde no exterior do Centro Hospitalar;
- f) Organizar e manter um sistema de informação sobre as atividades e serviços do Centro Hospitalar e a atualização da carta dos direitos e deveres dos utentes;
- g) Organizar e manter um sistema de atendimento personalizado dos utentes, para informação sobre marcação e alteração de actos médicos ou exames de diagnóstico e terapêutica;
- h) Orientar e auxiliar o utente e seus familiares na resolução das questões relacionadas com sua vinda à unidade de saúde;
- i) Assegurar os registos administrativos e contabilísticos e proceder à cobrança em conformidade com as orientações estabelecidas;
- j) Controlar e monitorizar a atividade, incluindo a pré-faturação e o pré-contencioso;
- k) Organizar, atualizar, manter e disponibilizar o arquivo ativo e zelar pela correta manutenção do arquivo inativo dos processos individuais dos utentes;
- l) Assegurar o processamento da informação relativamente aos Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH) em colaboração com o Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica;
- m) Acompanhar a atividade de revisão, codificação e auditoria aos processos clínicos, devendo acompanhar e melhorar o circuito do processo clínico desde a alta até à codificação;
- n) Centralizar, na Unidade de Gestão de Espólios, toda a atividade de gestão, guarda e entrega de espólios dos utentes, de forma a garantir a segurança e controlo dos bens e valores à guarda do Centro Hospitalar;
- o) Centralizar, controlar e supervisionar, na Unidade de Gestão do Acesso Hospitalar, o registo dos utentes na Lista de Inscritos, em cumprimento das normas aplicáveis ao SIGA SNS, prevendo e identificando os utentes sujeitos a transferência para outra unidade prestadora de cuidados e registando e monitorizando as não conformidades;
- p) Receber, no Gabinete das Taxas Moderadoras, os valores relativos às taxas em dívida, gerir os processos de isenção ou dispensa de pagamento das mesmas, registar e monitorizar a emissão dos termos de responsabilidade para o exterior e assegurar a marcação dos MCDT solicitados, também ao exterior.

Artigo 50.º - Serviço de Recursos Humanos

1. O Serviço de Recursos Humanos tem como principal atribuição o desenvolvimento dos profissionais do Centro Hospitalar através da promoção das suas competências técnicas e relacionais e do seu comprometimento com os princípios e missão do Centro Hospitalar.
2. A atividade do Serviço de Recursos Humanos abrange as Áreas de Gestão de Recursos Humanos, Administração de Pessoal e Reprografia.
3. À Área de Gestão de Recursos Humanos compete:
 - a) Planear as necessidades de recursos humanos, analisar e descrever as funções e manter atualizado o registo dos profissionais no sistema de informação;
 - b) Elaborar o balanço social, avaliar as condições de trabalho, analisar os níveis de motivação profissional e produtividade;
 - c) Desenvolver sistemas de gestão de desempenho centrado em resultados e competências, apoiar o processo de avaliação e promover a meritocracia;
 - d) Propor e acompanhar a política de formação do Centro Hospitalar;
 - e) Proceder ao recrutamento e seleção tendo por base a estratégia e políticas do Centro Hospitalar.
4. A Área de Administração de Pessoal engloba as atividades de mobilidade de pessoal, carreiras, remunerações, arquivo e expediente, competindo-lhe concretamente:
 - a) Praticar todos os atos referentes à mobilidade dos recursos humanos;
 - b) Assegurar a atualização de fichas individuais de cadastro, organizar e manter os processos individuais do pessoal e a base de dados de recursos humanos em coordenação com os órgãos competentes da administração pública;
 - c) Propor, a abertura de concursos, bem como o seu acompanhamento processual apoiando os respetivos júris;
 - d) Assegurar o registo e controlo da assiduidade dos profissionais e proceder aos registos necessários ao processamento dos vencimentos do pessoal, bem como dos respetivos descontos;
 - e) Proceder à elaboração dos contratos individuais de trabalho, sua renovação e cessação;
 - f) Organizar e manter atualizado o serviço de expediente.
5. À área de Reprografia compete assegurar o bom funcionamento do serviço de reprodução de documentos do Centro Hospitalar.

Artigo 51.º - Serviços Financeiros

1. Os Serviços Financeiros englobam as áreas de Contabilidade, Gestão Financeira, Gestão Orçamental, Gestão de Tesouraria e Gestão Patrimonial .
2. A área de contabilidade compreende a Contabilidade Geral e a Contabilidade Analítica.

3. Compete à área da Contabilidade Geral aglutinar e controlar toda a informação produzida nos diversos sectores do Centro Hospitalar e proceder ao seu registo contabilístico.
4. Compete à área de Contabilidade Analítica implementar, em articulação com a contabilidade geral e com o Gabinete de Planeamento e Controlo, um sistema de informação de gestão de custos e proveitos dos diversos centros de custo, em especial os de produção.
5. À área de Gestão Financeira compete fundamentar as decisões de financiamento e de gestão das disponibilidades do Centro Hospitalar.
6. À área de Gestão Orçamental compete coordenar e controlar a execução dos planos e orçamentos de exploração e de investimento anuais e plurianuais do Centro Hospitalar, bem como controlar a sua execução orçamental.
7. Os Serviços Financeiros desenvolvem as seguintes atribuições, entre outras:
 - a) Participar na definição das políticas económica, financeira e orçamental;
 - b) Executar a política económica, financeira e orçamental;
 - c) Produzir e verificar a informação de gestão económica, financeira orçamental, e fiscal;
 - d) Controlar as movimentações efectuadas nos registos contabilísticos;
 - e) Elaborar a documentação relativa à gestão financeira e faturação, processar a faturação e controlar os saldos dos clientes e dos fornecedores;
 - f) Efectuar a gestão de fundos, emitir faturas, proceder à cobrança das receitas e ao pagamento das despesas;
 - g) Gerir as disponibilidades, os financiamentos e as aplicações de fundos e garantir os registos e procedimentos adequados;
 - h) Propor o procedimento de cobrança contenciosa de créditos quando esgotados os procedimentos normais de cobrança e fornecer aos serviços jurídicos os documentos necessários à instrução dos respectivos processos;
 - i) Estudar, propor e acompanhar a execução da política de gestão orçamental, de amortização e reintegração de bens e de tesouraria;
 - j) Dirigir e controlar a contabilidade, nomeadamente quanto aos registos patrimoniais e de caixa;
 - k) Preparar, em articulação com o Gabinete de Planeamento e Controlo, o plano e relatório de atividades, o orçamento de exploração e de investimentos, o contrato programa anual e sua monitorização;
 - l) Preparar e apresentar mensalmente um plano de pagamentos e de tesouraria;
 - m) Assegurar a Gestão Patrimonial em termos de inventariação e amortizações de exercício.

Artigo 52.º - Serviço de Aprovisionamento

1. O Serviço de Aprovisionamento disponibiliza de modo permanente, os bens e serviços necessários e adequados ao funcionamento dos serviços, em quantidade, qualidade, no momento oportuno, ao menor custo e com a segurança desejada.
2. Compete ao Serviço de aprovisionamento:
 - a) Definir políticas e estratégias de compras para as diversas categorias de produtos;
 - b) Preparar e apresentar planos anuais de compras e de consumos;
 - c) Desenvolver e gerir todos os processos de aquisição de forma a garantir elevados níveis de serviço e de forma a estabelecer as melhores condições de aquisição;
 - d) Identificar de forma sistemática todas as oportunidades de redução de custos e assegurar a sua implementação;
 - e) Atribuir nomenclaturas e codificar os artigos de consumo assegurando a sua atualização;
 - f) Assegurar a melhor articulação com os serviços financeiros garantindo a integração dos ficheiros de consumo, a manutenção atualizada dos códigos de centros de custo e das contas do plano de contas, bem como o fecho do mês;
 - g) Garantir a sensibilização dos serviços utilizadores para a concretização dos pedidos de acordo com as necessidades reais de consumo e utilização;
 - h) Organizar e manter atualizados ficheiros de fornecedores e de artigos, assegurando a aplicação de métodos adequados de seleção e avaliação;
 - i) Organizar o espaço físico dos armazéns, designadamente, quanto a aspetos relacionados com a conservação e movimentação de artigos;
 - j) Definir regras e suportes documentais para controlo administrativo e contabilístico dos *stocks*;
 - k) Fixar níveis de *stocks* e métodos de reaprovisionamento que minimizem os custos totais de aprovisionamento, garantindo níveis de segurança adequados;
 - l) Assegurar a receção quantitativa e qualitativa dos artigos e a distribuição aos serviços utilizadores;
 - m) Garantir um registo atualizado dos bens de inventário;
 - n) Promover e acompanhar os processos de alienação de bens.

Artigo 53.º - Serviço de Instalações e Equipamentos

São atribuições do Serviço de Instalações e Equipamentos, entre outras:

- a) Elaborar estudos, propostas e pareceres nas diversas áreas da competência técnica do serviço, nomeadamente sobre equipamentos, material de manutenção e conservação e análise de custos;
- b) Estudar e programar a implantação dos diferentes sectores de atividade hospitalar, em articulação com os serviços;

- c) Programar, executar de acordo com a capacidade, e fiscalizar a execução das obras de construção ou beneficiação de instalações e infraestruturas;
- d) Programar a manutenção das instalações e infraestruturas, bem como do equipamento geral e médico;
- e) Organizar e manter o arquivo técnico das instalações, das infraestruturas e do equipamento geral e médico;
- f) Garantir a segurança das instalações e velar pela correta utilização e manutenção dos equipamentos;
- g) Elaborar ou avaliar os projetos técnicos necessários à sua atividade;
- h) Organizar e manter atualizado o inventário, em articulação com os Serviços Financeiros;
- i) Elaborar e difundir os manuais de procedimentos para utilização de instalações técnicas especiais, redes de abastecimento e de saneamento e utilização de equipamentos, de acordo com as regras de segurança aplicáveis e as instruções dos fornecedores;
- j) Organizar e manter um sistema de sinalização interna e garantir a segurança das instalações e equipamentos;
- k) Participar na elaboração do plano de segurança (emergência interna) e na atualização do plano de emergência e catástrofe, garantindo a substituição ou reforço de sistemas de abastecimento e saneamento em situação de crise.

Artigo 54.º - Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

1. O Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação organiza-se internamente através das áreas de sistemas de informação, redes e tecnologias, e desenvolvimento aplicacional assegurando também as funções de help-desk.
2. Compete ao Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação:
 - a) Assessorar o Conselho de Administração na definição da política global de desenvolvimento interno dos sistemas e tecnologias de informação e de telecomunicações;
 - b) Instalar, manter e gerir os meios de informática existentes e promover a sua acessibilidade aos diferentes serviços do Centro Hospitalar, preferencialmente promovendo o desenvolvimento de uma rede geral e integrada;
 - c) Garantir o normal funcionamento da Rede Geral do Centro Hospitalar (rede de dados), nomeadamente através da gestão dos equipamentos ativos e passivos;
 - d) Gerir todos os serviços da infraestrutura da Rede Geral do Centro Hospitalar, bem como apoiar o desenvolvimento e expansão da mesma a novos Serviços, e assegurar os procedimentos relativos

ao acesso interno e externo, segurança e confidencialidade dos dados armazenados em formato digital;

- e) Promover a manutenção de um sistema de controlo interno eficaz destinado a assegurar a salvaguarda dos ativos, a integridade e fiabilidade do sistema de informação, a observância das leis, dos regulamentos e normas aplicáveis, assim como o acompanhamento dos objetivos globais definidos;
- f) Dar suporte técnico aos concursos para aquisição de equipamento na área das tecnologias de informação, visando a compatibilidade técnica com as estruturas já existentes, a racionalização dos meios e a obtenção de uma melhor performance de exploração.

Artigo 55.º - Serviço de Gestão Hoteleira

1. O Serviço de Gestão Hoteleira agrupa unidades de produção de serviços indispensáveis à satisfação das necessidades de logística conexas com o conforto e bem-estar dos profissionais e dos utentes.
2. Compete ao Serviço de Gestão Hoteleira:
 - a) Planear, organizar e controlar as atividades afetas aos setores de alimentação;
 - b) Planear, organizar e controlar as atividades afetas à higiene e limpeza;
 - c) Planear, organizar e controlar as atividades afetas à segurança e vigilância;
 - d) Planear, organizar e controlar as atividades afetas à lavagem e tratamento de roupa;
 - e) Planear, organizar e controlar as atividades afetas aos serviços gerais e transportes, central telefónica, parques e jardins, recolha e tratamento dos resíduos;
 - f) Coordenar os Assistentes Operacionais afetos às áreas assistenciais e uma equipa de auxiliares de apoio para funções gerais que se encontram sob sua orientação e na dependência hierárquica e em subordinação funcional e em colaboração com os responsáveis dos serviços onde exercem funções;
 - g) Organizar o sistema de visitas aos doentes internados, bem como prestar informações aos utentes através do Núcleo de Informação e Acompanhamento.

Artigo 56.º - Academia de Formação

1. A Academia de Formação do Centro Hospitalar tem como característica a multidisciplinaridade e como principal atribuição o desenvolvimento da formação profissional, das atividades educativas dos profissionais da Instituição e ações temáticas no âmbito da prevenção e educação da comunidade.
2. A Academia de Formação é constituída pelo Serviço de Formação Permanente (SFP), pelo Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem (NFIE), pelo Núcleo de Formação e Investigação dos TSDT's e TSS, pelo Núcleo de Documentação e coadjuva o Internato Médico.
3. Compete à Academia de Formação:

- a) Propor ao Conselho de Administração a política de formação dos colaboradores, articulado com o Serviço de Recursos Humanos, de acordo com os objetivos estratégicos e operacionais do Centro Hospitalar, promovendo a atualização, inovação e motivação dos profissionais;
- b) Promover a qualidade dos cuidados de saúde, através do desenvolvimento socioprofissional e cultural dos profissionais do Centro Hospitalar;
- c) Conceber e desenvolver atividades e projetos nas áreas de formação inicial e contínua e da qualificação dos profissionais;
- d) Cumprir os requisitos da acreditação do Ministério da Saúde enquanto unidade formativa;
- e) Assegurar o ciclo formativo (diagnóstico de necessidades, plano de formação, execução da formação e acompanhamento e avaliação dos resultados);
- f) Estabelecer parcerias que permitam criar sinergias para melhorar os resultados da formação;
- g) Contribuir para o aumento dos níveis de eficácia e eficiência da prestação de serviços formativos;
- h) Colaborar com entidades externas no processo de desenvolvimento dos profissionais e na qualificação pré-profissional (estágios);
- i) Desenvolver iniciativas conjuntas na comunidade que melhorem a literacia em saúde;
- j) Em termos gerais, deve promover a partilha do conhecimento, construir, desenvolver e reforçar competências, e descobrir, potenciar e reter talento.

Artigo 57.º - 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.

Secção IV – Assessoria e Apoio Técnico

Artigo 58.º - Gabinetes de Apoio Técnico

1. Os Gabinetes de Apoio Técnico têm como objetivo assegurar a melhor gestão na prossecução do interesse público, com a máxima economia, eficácia e eficiência, assim como garantir a regularidade e transparência das decisões com incidência sobre a despesa pública, a instituição, os profissionais e os utentes, podendo ser constituídos pelo Conselho de Administração sempre que tal se justifique.
2. Identificam-se os seguintes: Gabinete de Gestão da Qualidade, Gabinete de Gestão de Risco, Gabinete de Planeamento e Controlo, Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica, Gabinete Jurídico e Gabinete de Comunicação e Imagem.

Artigo 59.º - Nomeação dos Responsáveis dos Gabinetes de Apoio Técnico

1. Os Responsáveis pelos Gabinetes de Apoio Técnico são nomeados pelo Conselho de Administração, por um período de três anos, renovável por iguais períodos, sob proposta do membro que detiver o respetivo pelouro.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, a respectiva nomeação deve recair, preferencialmente, e sempre que o quadro de pessoal institucional o permita, em profissionais que manifestem notórias capacidades de organização e liderança e experiência de gestão e chefia.

Artigo 60.º - Competências

Ao Responsável do Gabinete compete:

- a) Elaborar o plano anual de atividades;
- b) Promover a manutenção de um sistema de controlo interno e de informação que permita ao gabinete atingir os objetivos globais definidos;
- c) Assegurar a gestão adequada dos recursos humanos, incluindo o aperfeiçoamento, a formação e a avaliação interna do desempenho global dos profissionais;
- d) Zelar pelo cumprimento das atribuições definidas para o Gabinete e pelas ações e projetos determinados pelo Conselho de Administração;

Artigo 61.º - Gabinete de Gestão da Qualidade

1. O Gabinete de Gestão da Qualidade promove e coordena atividades de melhoria contínua e da qualidade, dando execução às políticas aprovadas pelo Conselho de Administração.
2. Compete ao Gabinete de Gestão da Qualidade:

- a) Apoiar os programas de acreditação e certificação;
- b) Propor e coordenar o Programa Anual de Auditorias Internas a sistemas de gestão da qualidade e a informação documentada interna;
- c) Promover formação nas áreas da gestão da qualidade e da auditoria interna a sistemas de gestão da qualidade;
- d) Realizar a avaliação geral da satisfação dos utentes do Centro Hospitalar;
- e) Realizar a avaliação geral da satisfação dos clientes internos dos serviços de apoio;
- f) Gerir o sistema de informação da qualidade do Centro Hospitalar;
- g) Emitir pareceres sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo Conselho de Administração ou por Serviços do Centro Hospitalar.

Artigo 62.º - 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.

Artigo 63.º - Gabinete de Planeamento e Controlo

1. Compete ao Gabinete de Planeamento e Controlo promover o apoio ao Conselho de Administração disponibilizando informação pertinente à tomada de decisão e tem a seu cargo a elaboração dos documentos de suporte ao planeamento estratégico e operacional do Centro Hospitalar.
2. O Gabinete de Planeamento e Controlo integra a Unidade de Estatística.
3. Compete ao Gabinete de Planeamento e Controlo:
 - a) Apoiar o Conselho de Administração no processo de contratualização externo, incluindo a monitorização da execução do Contrato Programa;
 - b) Apoiar o Conselho de Administração no processo de contratualização interno com os Serviços Clínicos, os Serviços de Apoio, e os Gabinetes de Apoio Técnico, incluindo a monitorização da execução do sistema de gestão por objetivos do Centro Hospitalar;
 - c) Assegurar a elaboração dos planos e relatórios a que o Centro Hospitalar se encontra estatutariamente obrigado bem como aqueles que o Conselho de Administração entenda realizar;
 - d) Proceder à elaboração e manutenção de protocolos de colaboração ou de articulação com instituições do Serviço Nacional de Saúde e outras instituições públicas ou privadas;
 - e) Elaborar candidaturas a projetos de financiamento que potenciem investimento para o Centro Hospitalar;
 - f) Diligenciar e acompanhar pedidos de informação e auditorias externas, garantindo a pronúncia atempada do Centro Hospitalar;
 - g) Elaborar e disponibilizar informação estatística sobre o movimento assistencial do Centro Hospitalar e proceder à sua análise crítica.

Artigo 64.º - Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica

1. O Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica tem como atribuição a realização da codificação clínica dos episódios de internamento e ambulatório, médico e cirúrgico, com o respetivo agrupamento em Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH), e realização de auditorias internas no cumprimento das regras de codificação em vigor.
2. O Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica deve interagir com a Direção Clínica, Gestão de Doentes, Gabinete de Planeamento e Controlo e outros gabinetes, ou serviços do Centro Hospitalar, de forma a garantir a melhoria contínua dos registos clínicos e a uniformização dos procedimentos administrativos, imprescindíveis para uma correta codificação e agrupamento em GDH.

Artigo 65.º - Gabinete Jurídico

O Gabinete Jurídico exerce a sua ação na área da consulta e do apoio jurídico, competindo-lhe:

- a) Elaborar estudos e pareceres de natureza jurídica que lhes sejam submetidos pelo Conselho de Administração;
- b) Elaborar propostas de circulares, ordens de serviço, protocolos, regulamentos internos, contratos, ou quaisquer outros documentos solicitados pelo Conselho de Administração;
- c) Instruir ou acompanhar a tramitação dos processos de averiguações, inquérito ou disciplinares internos ou promovidos por entidades externas;
- d) Proceder à recolha e compilação da documentação necessária à instrução dos processos administrativos e judiciais;
- e) Promover a divulgação interna dos diplomas legais publicadas em Diário da República e orientações e normas emanadas dos diversos ministérios e respetivas estruturas orgânicas que versem sobre a área da saúde;
- f) Patrocinar o Centro Hospitalar ou acompanhar o patrocínio nas instâncias contenciosas.

Artigo 66.º - Gabinete de Comunicação e Imagem

1. Compete ao Gabinete de Comunicação e Imagem desenvolver atividades que promovam a identidade corporativa do Centro Hospitalar, com o objetivo de fomentar a reputação, o prestígio e a credibilidade da Instituição junto dos profissionais e comunidade.
2. Compete-lhe designadamente:
 - a) Propor políticas e estratégias de comunicação e imagem;
 - b) Propor e executar uma política de comunicação interna que contribua para a criação de um clima de confiança e de envolvimento dos profissionais;
 - c) Recolher e analisar a informação noticiosa veiculada pelos órgãos de comunicação social;
 - d) Garantir o contacto com os órgãos de comunicação social, através da elaboração de comunicados de imprensa e assegurando uma resposta oportuna a questões colocadas pelos jornalistas;
 - e) Gerir os conteúdos do site e do portal interno;
 - f) Elaborar o Boletim Informativo e a Newsletter interna;
 - g) Desenvolver materiais informativos que promovam e divulguem o Centro Hospitalar;
 - h) Organizar exposições e outros eventos;
 - i) Assegurar a gestão e disponibilidade do Auditório do Centro Hospitalar.

Capítulo IV – Articulação com terceiros

Artigo 67.º - Articulação do Centro Hospitalar com os cuidados de saúde primários

1. O Centro Hospitalar orienta o processo assistencial numa perspectiva de cooperação e complementaridade com os cuidados de saúde primários com o objectivo de garantir o contínuo dos cuidados de saúde.
2. Neste âmbito, o Centro Hospitalar promove:
 - a) A prioridade no acesso aos doentes referenciados pelos cuidados de saúde primários;
 - b) Disponibilidade para realizar atividades assistenciais nas instalações dos próprios cuidados de saúde primários;
 - c) Recetividade para internalizar necessidades assistenciais e de apoio sob proposta dos cuidados de saúde primários;
 - d) A identificação de prioridades, objectivos e metas em concertação com os cuidados de saúde primários;
 - e) A organização de respostas conjuntas com os cuidados de saúde primários tendo em conta as características e as necessidades em saúde da população, em função do que for sendo definido no âmbito da organização dos serviços de saúde da Península de Setúbal.
3. Os órgãos e serviços do Centro Hospitalar desenvolvem esforços de modo a privilegiar o trabalho em comum com os cuidados de saúde primários em diversas áreas relevantes, tais como a formação profissional e o desenvolvimento e modernização tecnológica.
4. O Centro Hospitalar favorecerá e facilitará o contacto com os médicos de família, devendo os diversos departamentos/serviços manter canais de comunicação agilizados com estes últimos de modo a permitir que os mesmos possam conhecer, de forma permanente e actualizada, a situação clínica dos seus utentes, bem como acompanhar o tratamento hospitalar que lhes for sendo aplicado.
5. Os departamentos e os serviços clínicos deverão, sempre que possível, acordar com os cuidados de saúde primários a celebração de protocolos de acesso dos utentes à carteira de serviços disponíveis.

Artigo 68.º - Articulação do Centro Hospitalar com outras unidades hospitalares integradas na rede do SNS

1. O Centro Hospitalar, tendo em consideração o seu nível de diferenciação, as responsabilidades institucionais que lhe estão cometidas e na ótica da otimização da articulação entre instituições do Serviço Nacional de Saúde, promoverá acordos de cooperação com outros hospitais do SNS, em especial os mais próximos geograficamente, tendo em vista a criação de protocolos clínicos de atuação.
2. A estratégia delineada nos termos do número anterior deverá conduzir ao desenvolvimento do Centro Hospitalar visando a maximização de recursos na prestação de melhores cuidados de saúde.

Artigo 69.º - Articulação do Centro Hospitalar com unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

1. O Centro Hospitalar garante a necessária articulação com as unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, tendo em conta a adequação das necessidades dos utentes e seus familiares, respetiva situação clínica e garantia do contínuo do processo assistencial.
2. Esta articulação visa promover e facilitar o contacto dos utentes e famílias com as instituições adequadas, com o objetivo de resolver e ultrapassar as disfunções que possam dificultar o tratamento e reabilitação/cura com vista à reintegração social das pessoas no pós alta hospitalar.

Artigo 70.º - Articulação do Centro Hospitalar com a comunidade

1. Sem prejuízo da posição privilegiada do Gabinete do Cidadão e do Gabinete de Comunicação e Imagem, o Centro Hospitalar enceta formas atuantes de convivência e aproximação social com a comunidade que integra, designadamente com unidades de saúde, instituições e serviços da área da segurança social, autarquias locais, instituições académicas, escolas de formação profissional, instituições particulares de solidariedade social e outras entidades nacionais e internacionais de interesse público, promovendo uma visão holística da saúde e uma abordagem global e integrada dos utentes.
2. O Centro Hospitalar, através dos seus órgãos e serviços, proporcionará um relacionamento dinâmico e de articulação com a comunidade que serve, em especial com a comunidade social, cultural e política dos concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete.

CAPÍTULO V – Disposições gerais

Artigo 71.º - Das relações laborais

1. De acordo com o respetivo vínculo, os profissionais do Centro Hospitalar estão sujeitos ao regime do contrato de trabalho, nos termos do Código do Trabalho, ou ao regime do contrato de trabalho em funções públicas, nos termos da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas.
2. Para além dos regimes gerais referidos no número anterior, os profissionais estarão, de acordo com as respetivas funções, sujeitos ainda aos diplomas que definam o regime legal de carreira de profissões da saúde, demais legislação laboral, normas imperativas sobre títulos profissionais, instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho e regulamentos internos.
3. Os processos de recrutamento devem assentar na adequação dos profissionais às funções a desenvolver e assegurar os princípios da igualdade de oportunidades, da imparcialidade, da boa fé e da não discriminação, bem como da publicidade, exceto em casos de manifesta urgência devidamente fundamentada.
4. Nenhum profissional estranho ao mapa de pessoal poderá exercer qualquer função ou realizar atos de assistência sem autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar.

Artigo 72.º - Deveres Gerais dos profissionais

Os profissionais têm como deveres gerais:

- a) O dever de prossecução do interesse público;
- b) O dever de isenção;
- c) O dever de imparcialidade;
- d) O dever de informação;
- e) O dever de zelo;
- f) O dever de obediência;
- g) O dever de lealdade;
- h) O dever de correção;
- i) O dever de assiduidade;
- j) O dever de pontualidade.

Artigo 73.º - Direitos dos profissionais

Os profissionais têm como direitos gerais:

- a) Ser respeitado e tratado com cortesia e retidão;
- b) A sua retribuição deve ser pontual, justa e adequada ao seu trabalho;
- c) Trabalhar em boas condições, tanto do ponto de vista físico como moral;
- d) Ter acesso a formação profissional de modo a incrementar o seu desempenho;
- e) Ter autonomia técnica quando o colaborador exerça atividades, cuja regulamentação profissional assim o exija;
- f) Usufruir da prevenção de riscos de doenças profissionais, tendo em conta a proteção da segurança e da saúde;
- g) Que sejam adotadas, no que se refere à higiene, segurança e saúde no trabalho, as medidas que decorram para a instituição, estabelecimento ou actividade, da aplicação das prescrições legais e convencionais vigentes.

Artigo 74.º - Confidencialidade

Toda a atuação dos serviços do Centro Hospitalar deve prosseguir a política de confidencialidade para assegurar a proteção dos dados e a informação relativa a doentes e profissionais, em conformidade com as Leis n.º 67/98, de 26 de outubro, n.º 26/2016, de 22 de agosto e n.º 12/2005, de 26 de janeiro, bem como o Regulamento Geral de Proteção de Dados (Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho).

Artigo 75.º - Voluntariado e Liga de Amigos do Hospital

1. O apoio social voluntário funciona nos termos do quadro legal vigente.
2. O Centro Hospitalar reconhece o interesse das ligas de amigos do Hospital N.ª Senhora do Rosário e do Hospital do Montijo como parceiros com fins predominantes de colaboração na humanização e voluntariado, podendo, em articulação com os serviços, desenvolver e prosseguir ações para as quais se encontrem particularmente vocacionadas.

Artigo 76.º - Remissões

As remissões para os diplomas legais e regulamentares feitas no presente regulamento consideram-se efetuadas para aqueles que regulem, ou venham a regular, no todo ou em parte, as matérias em causa.

Artigo 77.º - Organograma

Integra o presente Regulamento, como anexo, o organograma de gestão que sistematiza a divisão da responsabilidade ao longo da cadeia hierárquica.

Artigo 78.º - Regulamentação Complementar

1. As normas particulares de organização e disciplina do trabalho médico, de enfermagem, técnicos de diagnóstico e terapêutica e restantes grupos profissionais, mantêm-se em vigor, podendo ser objeto de regulamentação própria a elaborar nos termos da lei e dos acordos coletivos de trabalho.
2. Compete ao Conselho de Administração aprovar a regulamentação e normas complementares que se mostrem necessárias para aplicação do presente Regulamento.

Visto e aprovado em Conselho de Administração de 23/03/2018- Pedro Lopes; Sónia Bastos; Luís dos Santos Pinheiro; Eduardo Manuel Rodrigues; António Viegas



Pedro Lopes
Presidente do Conselho de Administração

