

Relatório
de
Governo
Societário

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE
Conselho de Administração

2018

Aprovado.
29.05.2016

[Handwritten signatures]

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

Handwritten signatures and initials in blue ink:
 Camp
 Fave
 JL
 C. C.
 J.

Índice

I. Síntese (Sumário Executivo)	3/93
II. Missão, Objetivos e Políticas	5/93
III. Estrutura de capital	15/93
IV. Participações Sociais e Obrigações detidas	16/93
V. Órgãos Sociais e Comissões	17/93
A. Modelo de Governo	17/93
B. Assembleia Geral	18/93
C. Administração e Supervisão	18/93
D. Fiscalização	43/93
E. Revisor Oficial de Contas (ROC)	47/93
F. Auditor Externo	48/93
VI. Organização Interna	49/93
A. Estatutos e Comunicações.....	49/93
B. Controlo interno e gestão de riscos.....	52/93
C. Regulamentos e Códigos	59/93
D. Deveres especiais de informação	62/93
E. Sítio da Internet.....	64/93
F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral	65/93
VII. Remunerações	70/93
A. Competência para a Determinação	70/93
B. Comissão de Fixação de Remunerações	70/93
C. Estrutura das Remunerações.....	71/93
D. Divulgação das Remunerações.....	72/93
VIII. Transacções com partes Relacionadas e Outras	75/93
IX. Análise de sustentabilidade da entidade nos domínios económico, social e ambiental.....	78/93
X. Avaliação do Governo Societário.....	87/93
XI. ANEXOS DO RGS	89/93

Handwritten signatures and initials in blue ink, including "CML", "Halle", "Clara", and "Jo".

I. Síntese (Sumário Executivo)

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

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., constitui-se como um dos grandes centros hospitalares do país, sendo hospital de primeira linha para as freguesias de Belém, Ajuda, Alcântara e Campo de Ourique, do Concelho de Lisboa, para o total das freguesias do Concelho de Oeiras, e ainda para a freguesia de Alfragide do Concelho da Amadora, num total de 250.000 habitantes (censos 2011).

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

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

num total de 810.000 habitantes (censos 2011).

No âmbito do reforço do poder do cidadão no SNS foi implementado o princípio do Livre Acesso e Circulação (LAC) dos utentes, permitindo-se a referência para a primeira consulta hospitalar, através do médico de Medicina Geral e Familiar, em qualquer das unidades hospitalares do SNS, sempre que a rede de referência abranja a especialidade em causa, facto que poderá vir a alterar as estatísticas acima referidas.

O CHLO presta cuidados assistenciais de saúde com a qualidade e segurança que lhe é devida.

O CHLO desenvolve ainda atividades complementares como as de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação. O modelo colaborativo no Ensino e na Investigação com a Faculdade de Ciências Médicas da UNL tem-se mostrado muito frutuoso para as duas instituições.

O CHLO tem-se preocupado em promover a modernização das suas estruturas e equipamentos e, sobretudo, com a qualidade dos serviços prestados aos doentes, destacando-se o reconhecimento externo com a manutenção da Certificação ISO 9001-2008 nos Serviços de Imunohemoterapia,

[Handwritten signature in blue ink]
Gustavo
Pauze
Cruz
Jr.

Farmacêuticos e Patologia Clínica e envolvimento de mais 6 serviços clínicos em acreditação para além dos 12, segundo o modelo de acreditação ACSA;

O CHLO é Centro de Referência Nacional para as seguintes áreas:

Cardiologia de Intervenção estrutural, Cardiopatias congénitas, Epilepsia Refractária, Neoplasia do Recto, Transplantação Cardíaco de adultos e Transplantação Renal adultos. Implantes cocleares e Neurorradiologia de intervenção na doença cerebrovascular.

Constitui também um objetivo estratégico, a curto-médio prazo, fazer evoluir alguns dos serviços clínicos do CHLO para Centros de Responsabilidade, permitindo assim maior autonomia na gestão de recursos que possa vir a facilitar ganhos de eficiência e a alcançar a excelência nos cuidados prestados por este Centro Hospitalar. Para o efeito está em curso a constituição do Centro de Responsabilidade Integrado do Coração e Vasos.



II. Missão, Objetivos e Políticas

1. Missão, Visão e Valores

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

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

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

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

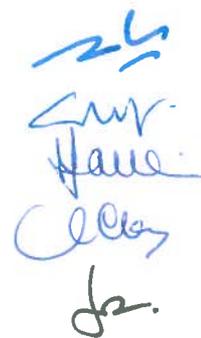
Na sua **visão**, o CHLO preocupa-se em ser reconhecido, pelo cidadão em geral, como uma unidade de prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno, que promova o desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde.

Da mesma forma, preocupa-se que o acionista o reconheça, como uma organização em que o aumento da eficiência e eficácia, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável é uma realidade, sem descorar a:

- Implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, para minimizar o impacto da hospitalização;
- Promoção da investigação clínica;
- Formação profissional pré e pós graduada;
- Acesso à inovação.

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

- Humanizar e não discriminar: respeito pela dignidade individual de cada doente;
- Promoção da saúde na comunidade;
- Atualização face aos avanços da investigação e da ciência;



- Competência técnico-profissional;
- Ética profissional;
- Promoção da multidisciplinaridade;
- Respeito pelo ambiente.

2. Políticas e linhas de ação

A continuidade do CHLO, como um dos grandes hospitais do país, passa, inevitavelmente, por garantir um futuro com sustentabilidade.

Só com o alcance dessa estabilidade poderão vir a ser assegurados e melhorados o nível assistencial e os elevados padrões de qualidade e diferenciação técnica, investigação e ensino ao nível dos melhores hospitais do SNS e, assim, dar resposta às grandes opções do Plano Nacional de Saúde, que são:

- Promoção da Saúde, valorizando a Educação, a Literacia e os Autocuidados;
- Redução da desigualdade no acesso;
- Melhorar a gestão do Centro Hospitalar, nomeadamente naquilo que respeita à circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do sector e à aplicação das tecnologias de informação à medicina, nomeadamente, a telemedicina e a telemonitorização;
- Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos, promovendo a autonomia técnica e a participação dos profissionais e equipas;
- Melhorar a governação, aprofundando competências organizacionais e de controlo de gestão para a redução das ineficiências, incentivando a transparência e a cultura da prestação de contas;
- Melhorar a qualidade, explorando as tecnologias de informação e comunicação.

Nesse sentido, e para o triénio 2017-2019, foram delineadas com a ARSLVT, e implementadas, diversas medidas que visam, melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados, mas também, potenciar a utilização dos recursos instalados, com contenção de custos.

As medidas de carácter assistencial e de organização da produção/capacidade instalada, que referimos, são:

- Melhorar o acesso aos cuidados de saúde;
- Melhorar a qualidade assistencial;
- Otimizar a gestão do medicamento;
- Internalizar os MCDT's no SNS;
- Melhorar a integração de cuidados (articulação com os Cuidados Primários);
- Garantir a sustentabilidade financeira.

Plano de Ações Propostas e medidas correspondentes

1. Continuidade na adequação da oferta de cuidados de saúde às necessidades das populações / Acessibilidade

No último triénio, foi possível enquadrar a procura e a espera nos limiares do clinicamente aceitável na generalidade das especialidades existentes no CHLO, com uma acentuada redução no tempo médio de espera para cirurgia.

Para o triénio 2017-2019 procura-se manter uma estratégia de recuperação das listas de espera, em especial nas especialidades mais críticas (Ortopedia, Oftalmologia, Cirurgia Vasculuar, Dermatologia e Neurocirurgia), de modo a permitir o tratamento atempado dos doentes e a redução dos custos para o CHLO, referente ao envio de cirurgias para o exterior, potenciando e utilizando ainda a ambulatorização cirúrgica como instrumento de rentabilização da produção o que tem sido conseguido.

O alargamento dos horários das consultas, a sua marcação por hora (e o seu cumprimento), a adesão ao programa de "Consulta a tempo e horas" têm vindo a permitir reduzir o tempo de espera na área do ambulatório para um valor muito próximo do objectivo.

Paralelamente, tem-se procurado melhorar a eficácia e a eficiência na resposta às situações de urgência, reorientando a procura para os Cuidados primários, sempre que aconselhável.

2. Melhorar a qualidade assistencial e otimizar a Gestão do Medicamento

A Governação Clínica no CHLO tem como orientação principal garantir a eficácia clínica, com qualidade e segurança nos serviços prestados, numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

Para o triénio de 2017 – 2019, o grande desafio foi e é otimizar a gestão do medicamento e dos dispositivos médicos, enquadrada nos princípios das boas práticas acima referidas, possibilitando uma eficiência económica sustentável e o acesso à inovação.

Os princípios para a boa governação clínica, traduzem-se nas seguintes medidas:

- Realização de auditorias clínicas, incluídas na contratualização interna com os serviços;
- Atualização de Protocolos e cumprimento das Normas de Orientação Clínica, de acordo com a medicina baseada na evidência e emanados pela DGS;

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

- Ensino e treino dos profissionais;
- Identificação de áreas de risco, com dinamização da atividade da Comissão de Gestão de Risco através de ações de formação/sensibilização junto dos profissionais e da utilização de programa informático de reporte anónimo de situações de risco;
- Escolha criteriosa, organização e reavaliação das atividades das equipas multidisciplinares ligadas à governação clínica;
- Cultura de informação regular de dados e de transparência junto dos serviços;
- Uniformização de Protocolos e procedimentos, com monitorização e responsabilização pelos resultados;
- Divulgação das orientações e prioridades da Governação Clínica;
- Envolvimento dos doentes e familiares através da análise sistemática das queixas, obrigatoriedade de consentimento informado escrito, e disponibilizar informação aos utentes sobre a atividade do CHLO;
- Incremento da utilização de genéricos e bio similares, com acompanhamento de fármaco-vigilância em áreas consideradas críticas.

Handwritten signatures and initials in blue ink:
C.M.V.
Hau.
C.A.S.
D.

3. Articulação com outras unidades do SNS, nomeadamente, com as redes de cuidados de saúde primários e cuidados continuados integrados

O CHLO tem vindo a potenciar e a melhorar a sua articulação com os Centros de Saúde e demais instituições do SNS.

Dando continuidade aos projetos já iniciados, foi reforçada a colaboração em parceria:

- Com os Centros de Saúde nas áreas de Patologia Clínica, Anatomia Patológica, Cardiologia, Dermatologia e Medicina Física e Reabilitação;
- Por outro lado, estão estabelecidos contatos regulares e agendadas reuniões com os serviços de especialidades do CHLO com a Direção Clínica do ACES de Oeiras;
- Com o CHLN e CHLC nas áreas de Centros de Referência, para os quais houve candidatura conjunta;
- Com o HFF, em diversas áreas clínicas e não clínicas;
- Com CHLC, HGO e CHLN para a Urgência para assistência a doentes com Aneurisma Vascular Cerebral;
- Com diversos hospitais e centros hospitalares com real incidência em especialidades carenciadas, através de consultas de telemedicina;
- Registo de melhoria significativa na articulação clínica através do recurso à PDS, com consequente benefício para a qualidade dos cuidados ao doente, e redução dos custos por doente tratado.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

A internalização de Meios Complementares de Diagnóstico em unidades do SNS, tendente a uma rentabilização dos equipamentos dos hospitais públicos é, ainda, considerada prioritária, com vista à diminuição da despesa, com a contratação de prestação desses serviços junto de entidades privadas, ainda sem grande reflexo prático por indisponibilidade geral de recursos humanos e materiais.

4. Autonomia, Responsabilização e modernização na governação

Apesar de o CHLO procurar aplicar e aperfeiçoar os modelos de gestão previsto no Regulamento Interno, que potenciam a descentralização e responsabilização ao nível produtivo, possibilitando a existência de níveis intermédios de gestão de acordo com a complexidade global e sectorial, certo é que a autonomia, ao nível máximo da organização, se encontra limitada por imperativos da Tutela.

Não obstante, todos esses modelos, uns mais sofisticados que outros, aos quais os serviços têm obrigação de se adaptar, permitem um maior acompanhamento que integra:

- Informação em cascata para os profissionais, dos níveis de cumprimento dos objetivos individuais;
- Reafectação em tempo adequado de recursos existentes;
- Melhor conhecimento e participação dos profissionais na avaliação do seu desempenho com vista à informação necessária à gestão dos principais indicadores de nível de serviço e desempenho económico e financeiro para a correção atempada de desvios por parte da gestão de topo;

Esta atividade tem sido bastante enriquecida com a informação de benchmarking que a Tutela tem vindo a disponibilizar.

Continuamos a desenvolver todos os esforços no sentido de caminhar para a desmaterialização dos processos para um completo registo de saúde eletrónico, nos próximos anos.

5. Controlo do equilíbrio financeiro

O conceito de “boa governação” continuou a ser, em 2018, uma preocupação constante para que fossem salvaguardadas todas as realidades - assistencial, com segurança e qualidade,

social e política - no cumprimento da lei, demais regulamentos e códigos, processos de decisão e de controlo interno com o objetivo de garantir a sustentabilidade económico-financeira.

Não obstante, o cenário geral revelou-se desfavorável pela enorme pressão sobre os custos e decréscimo das receitas: os primeiros registaram um acréscimo global de 2,3% e os segundos um decréscimo de 2,4%, face a 2017, justificação para o EBITDA ter atingido valores na ordem dos 28,9 milhões de euros negativos.

No acréscimo dos Gastos, destaque para um aumento significativo resultado da contratação de prestação de serviços externos associados a internamento e cirurgias e pela pressão nos Gastos de Pessoal que registaram acréscimo de despesa de 5,4% face ao ano anterior, decorrente da reversão salarial e reposição de número de profissionais.

Rubrica	Unidade: ME					
	2015	2016	2017	2018	Var % 18/17	Var % 18/15
Gastos						
Consumos	76,1	81,7	87,5	84,3	-3,7%	10,8%
Fornecimentos e Serviços Externos	26,8	25,6	28,1	31,4	12,0%	17,3%
Despesas com Pessoal	101,1	106,9	111,2	117,2	5,4%	16,0%
Outros Gastos	14,9	9,8	10,6	9,8	-7,6%	-34,3%
Total Gastos	218,8	224,0	237,4	242,8	2,3%	10,9%
Rendimentos						
Prestação de Serviços	179,3	178,8	175,0	182,3	4,1%	1,7%
Outros Rendimentos	26,7	48,0	36,5	24,3	-33,5%	-9,1%
Total Rendimentos	206,0	226,7	211,6	206,6	-2,4%	0,3%
EBITDA						
(Resultados antes de depreciação e gastos de financiamento)	-6,0	9,4	-19,2	-28,9	-33,6%	-79,1%
Resultados Operacionais (antes de gastos de financiamento)	-12,8	2,7	-25,8	-36,1	-28,7%	-64,7%
Resultado Líquido do Período	-12,8	2,7	-25,8	-36,2	-28,8%	-64,7%
Produção						
N.º Consultas	462.107	461.690	458.142	463.129	1,1%	0,2%
N.º Cirurgias	23.743	22.850	23.410	24.335	4,0%	2,5%
Quadro de Pessoal						
N.º de Médicos	502	522	548	554	1,1%	10,4%
N.º de Enfermeiros	1.235	1.299	1.308	1.341	2,5%	8,6%
Total de Funcionários	3.807	3.914	3.951	4.052	2,6%	6,4%

Handwritten notes in blue ink:
Cmk
Haver
Cela
Ja.

Já no que se refere às receitas, e tendo em consideração a Adenda AM 2018, o grau de cumprimento do Contrato Programa situou-se na ordem de 99%, as principais linhas de produção e indicadores de desempenho assistencial apresentam uma grande consistência fase a anos anteriores, ao nível do nº de Doentes Saídos, Consultas e Cirurgias efetuadas, respondendo de uma forma adequada às solicitações da área de influência. Foi ao nível das linhas verticais que se verificaram os maiores desvios, nomeadamente, na Linha VH/SIDA, resultado da diminuição do preço por doente tratado, com impacto negativo na ordem dos 8,2 milhões de euros.

O Conselho de Administração continuará a competir pelo equilíbrio pragmático. Tratando-se de um processo complexo, haverá que manter o envolvimento de toda a organização - os vários serviços clínicos e não clínicos - mas que em última análise depende, em larga medida, do nível do financiamento que a Tutela venha a prever para os próximos anos.

6. Reforço dos sistemas de informação e de comunicação

A transformação digital é uma aposta da Tutela para um sistema mais eficiente, mas também mais seguro para todos os *stakeholders*, bem patente na estratégia Nacional para o Ecosistema de Informação na Saúde (Resolução Conselho de Ministros nº 62/2016).

Reforçar o nível de gestão da informação e de processos do Centro Hospitalar, nomeadamente no que respeita à circulação de informação clínica e articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do sector, à aplicação das tecnologias de informação à medicina - a telemedicina e a telemonitorização – continuou, assim, a ser uma das grandes prioridades estratégicas do Conselho de Administração.

Na continuação do objectivo de o CHLO poder vir a ser considerado um Centro Hospitalar sem papel em 2020, não poderíamos deixar de destacar o trabalho que tem sido efectuado, em estreita ligação com a Comissão Local de Informatização Clínica (CLIC) e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS),

Neste contexto, o CHLO está a posicionar-se como elemento de charneira, avançando na desmaterialização do processo clínico (sentido lato) com o objetivo de poder ser a primeira entidade do SNS a obter a certificação Nível 6 do HIMSS, Analytics EMRAM (Electronic Medical Records Adoption Model). Para a sua obtenção foram designados alvos de reengenharia e desmaterialização os processos dos Serviços de Medicina e Cirurgia I, do

HSFX, e serviços suporte, Farmácia, Patologia Clínica e Radiologia, que servirão de piloto e exemplo para os demais serviços clínicos do CHLO, não deixando, contudo, de se atender a demais necessidades.


Lur.
Hau.
C. Cas.
↓

Devem destacar-se as medidas tomadas no âmbito da informatização clínica incluindo a prescrição electrónica, a desmaterialização da informação dos processos clínicos, certificação do óbito, bem como de outras medidas particulares de carácter mais limitado a serviços específicos, onde foram introduzidas novas aplicações/novas versões ao nível dos seus *softwares* para permitir melhores índices de operacionalidade/comunicação com terceiros. Referência, ainda, para a nova versão do sítio electrónico do CHLO, lançado em meados de 2016.

Durante o ano de 2018, foi efectuado um esforço na substituição de computadores pessoais de forma a permitir que os profissionais do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental usufruam de equipamentos com melhor capacidade de desempenho e que possibilitem um melhor atendimento aos utentes.

Também com o intuito na melhoria do atendimento aos utentes continuou-se a expansão a todo o Centro Hospitalar do sistema de atendimento automático a utentes, com quiosques e monitores que permitem a visualização de informação nas áreas de consultas externas.

A *app* MyCHLO - permite também a interacção directa do utente com o Centro Hospitalar, seja para a desmarcação de consultas e/ou na resposta a inquéritos de satisfação - assim como o simples envio de SMS's a informar os utentes das suas consultas/alterações para os utentes que não utilizam a referida aplicação continuam a registar um sucesso que supera o do ano de lançamento (2017).

Devido às necessidades de disponibilizarmos mais rapidamente relatórios de exames a utentes, nas áreas de Radiologia, foi implementado em fins de 2017 um sistema que permite a transcrição automática de voz dos relatórios para o processo clínico electrónico do utente. Por outro lado, automatizou-se em larga escala a emissão de documentos electrónicos, e respetiva assinatura também electrónica, com o conseqüente abandono do documento físico, ao nível da emissão de Termos de Responsabilidade – assunção, por parte do CHLO de pagamento de prestação de serviços de radiologia, com a conseqüente redução dos tempos de espera.

No final de 2018, foi ainda iniciada a implementação da desmaterialização de documentos não clínicos por recurso à disponibilização da plataforma eDOCLink.

Continuámos a expandir a nossa rede *wireless* de maneira a permitir que os utilizadores de sistemas e tecnologias de informação possam trabalhar sem necessidade de ligação física à rede de dados.

Lançou-se em 2018 a plataforma de *service desk*. Esta plataforma permite que seja disponibilizado um melhor serviço de atendimento aos utilizadores de sistemas e tecnologias de informação, uma resposta mais eficiente e um controlo dos tempos de resposta. Permite, também, perceber o nível de satisfação dos utilizadores com a resposta dada aos seus pedidos e aos incidentes que reportam.

Não menos importante, uma última referência ao processo de desmaterialização em curso que, acreditamos terá a sua maior expressão em 2019, depois de terminado o DRP (*Disaster Ricover Plan*), em fase de implementação.

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

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<ul style="list-style-type: none"> • Recursos Humanos altamente qualificados • Centro de Referência, nas áreas de Epilepsia Refractária, Doenças Cardiovasculares (Cardiologia de "Intervenção Estrutural" e Cardiopatias Congénitas), Transplante de Rim e Coração, Oncologia de adultos / Cancro do Reto, Doenças Neurovasculares e Próteses Cocleares • Especialização noutras áreas de excelência: Neurocirurgia e Oto-Neurocirurgia, Infeciologia, Neurologia, Pneumologia, Neonatologia, Reumatologia e Oncologia • Vias verdes (AVC, Trauma, Coronária e Sépsis) • Investigação Clínica e numero de publicações científicas em revistas indexadas. • Formação pré e pós graduada • Acreditação de serviços clínicos • Boa imagem junto dos utentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Investimento demorado e insuficiente para manter as instalações nas melhores condições físicas e os equipamentos renovados (resposta de pedidos de autorização demorados na Tutela) • Dispersão geográfica (3 pólos assistenciais) • Carência de médicos especialistas em várias especialidades com a consequente degradação sistemática dos TMRG • Fraca autonomia na gestão hospitalar • Fraca rede transportes públicos que serve o HSFX Mau acesso viário ao HSFX (tráfego muito condicionado pelo grande aumento progressivo de numero de veiculos e pelo numero de equipamentos escolares nos

Handwritten notes in blue ink: "LW", "Halle", "Clay", and a signature.

<ul style="list-style-type: none"> Motivação para os processos de desmaterialização dos registos (clínicos e não clínicos) 	<p>acessos ao hsfx).</p>
<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> Candidatura para integração dos CR nas Redes Europeias Criação de Novos Centros de Referência noutras áreas clínicas de elevada diferenciação Candidatura para CRI's Desenvolvimento de técnicas inovadoras na área de Imagiologia Desenvolvimento da gestão de risco clínico na área da qualidade Acreditação de Serviços Clínicos para acreditação total do CHLO Protocolos Interinstitucionais na área da formação e investigação Aproximar mais o Hospital da comunidade através de iniciativas conjuntas com os CP Aposta na telemedicina e na telemonitorização Posicionar-se como membro de pleno direito no Centro Académico Clínico Pedido de estatuto de centro hospitalar universitário para o CHLO 	<p>Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> Contexto Económico desfavorável Dificuldade de renovação do quadro médico, muito envelhecido, por não substituição de profissionais, quer por saída para outras unidades hospitalares, quer por carência de jovens especialistas Indefinição de carreiras médicas e de enfermagem Envelhecimento da população assistida Deficiente resposta dos cuidados continuados no âmbito social Ausência de modelo organizacional de suporte ao aumento das doenças crónicas Inovação terapêutica e tecnológica de elevado preço com insuficiente financiamento Insuficiente Orçamento para Investimento

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

No âmbito da actuação com vista a uma execução de acordo com as orientações definidas pelos ministérios sectoriais que tutelam o Centro Hospitalar, haverá a referir que o CHLO se encontra dotado de controlos permanentes que visam assegurar não só o cumprimento, mas também que qualquer desvio material a essas orientações seja atempadamente identificado e que as necessárias medidas correctivas sejam de imediato aplicadas, para além do permanente controlo de actuação exercido pelas intuições legalmente mandatadas para tal: ACSS, ARS, DGO, ERS, IGAS, TC, etc.

Concretamente, o CHLO dispõe de unidades técnicas de acompanhamento (Gabinete Jurídico, Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão, Serviço de Auditoria Interna) que se complementam, vocacionadas para o apoio à interpretação das normas imanas, trabalhando directamente com as direcções dos diversos serviços do CHLO que, já *per si*, procuram, diariamente, responder e corresponder às suas obrigações legais e regulamentares que são evidenciadas nos diversos relatórios

de actividade e reporte quer para as entidades acima referidas – de acordo com os deveres legais de informação (pág. 58 e seg.) - quer aquelas largamente divulgadas no sítio da internet do CHLO (pág. 64 e seg.), fazendo cumprir, assim, a sua Missão enquanto prestador de cuidados de saúde a todos os cidadãos, no âmbito das responsabilidades e capacidades das Unidades Hospitalares, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovados.

III.Estrutura de capital

1.Estrutura de capital

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

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

Não obstante o aumento de capital verificado, o total do Fundo Patrimonial do CHLO ascende, em 31 de dezembro de 2017, a 12.766.002 euros negativos, quando o valor do Património é de 156.100.000 euros, pelo que está, assim, perdido em mais de 50%.

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

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

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

Não existem

Handwritten notes and signatures in blue ink, including the word "Haver" and a signature.

IV.Participações Sociais e Obrigações detidas

1.Identificação das pessoas singulares (órgãos sociais) e/ou coletivas (entidade) que, direta ou indiretamente, são titulares de participações noutras entidades.

Não existem

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

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

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

Não existem

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

Não existem

V.Órgãos Sociais e Comissões

A.Modelo de Governo

1.Identificação do modelo de governo adotado

Cargo	Orgão Sociais	Eleição	Mandato
Conselho de Administração			
Presidente	Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	Resolução do Conselho de Ministros n.º 31/2017 DR n.º38 de 22/02/2017 (*)	2017-2019
Vogal (1)	Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva		
Vogal (2)	Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira		
Vogal (3)	Dr. José Manuel Fernandes Correia		
Vogal (4)	Enf.ª Fernanda Maria da Rosa		
(*) Produz efeitos a partir de 01/01/2017			
Conselho Fiscal			
Presidente	Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida	Despacho Finanças e Saúde de 23 e 28/11/2017	2017-2019
Vogal	Dr.ª Anabela Mendes Garcia Barata		
Vogal	Dr. Carlos António Lopes Pereira		
Vogal Suplente	Dr.ª Maria de Lurdes Pereira Moreira Correia de Castro		
Conselho Consultivo			
Presidente	Dr. Roberto Artur da Luz Carneiro	Despacho n.º 12491/2014	2014-2016

Nos termos dos artigos 6.º e 13.º dos Estatutos constantes do anexo II ao Decreto -Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto -Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro, alterado pelo Decreto -Lei n.º 183/2015, de 31 de agosto, dos n.os 2 e 3 do artigo 13.º e da alínea c) do n.º 3 do artigo 20.º e do n.º 8 do artigo 28.º do Decreto - Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto -Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e alterado pelo Decreto -Lei n.º 39/2016, de 28 de julho, e da alínea d) do artigo 199.º da Constituição, o Conselho de Ministros, através da Resolução n.º 31/2017 de 12 de janeiro, nomeou, sob proposta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, para um mandato de três anos Rita Perez Fernandez da Silva, José Manuel Fernandes Correia, Maria Celeste Malveiro Serra Sim- Sim dos Anjos Silva, Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira e Fernanda Maria Rosa, respetivamente, para o cargo de Presidente do conselho de administração, vogal executivo com funções de diretor clínico, vogal executiva, vogal executivo e vogal executiva com funções de enfermeira diretora do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E. A presente resolução reporta os seus efeitos ao dia 1 de Janeiro de 2017.

B.Assembleia Geral

1.Composição da mesa da assembleia geral, ao longo do ano em referência, com identificação dos cargos e membros da mesa da assembleia geral e respetivo mandato (data de início e fim), assim como a remuneração relativa ao ano em referência.

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

Não existe.

C.Administração e Supervisão

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

Nos termos dos artigos 6º e 13º dos Estatutos constantes do Anexo II ao Dec. Lei n.º 18/2017, de 10 de Fevereiro, dos n.ºs 2 e 3 do artigo 13º do Dec. Lei 71/2007 de 27 de Março, alterado e republicado pelo Dec. Lei n.º 8/2012 de 18 de Janeiro, e da alínea D do artigo 199º da Constituição, o Conselho de Administração é nomeado pelo Conselho de Ministros sob proposta dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde.

2.Composição do Conselho de Administração Executivo

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Mandato	Cargo	Nome	Designação		OPRL			N.º de Mandatos
			Forma	Data	Simão	Entidade	Pagadora(OID)	
2017-2019	Presidente	Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva				CHLO	O	1
	Vogal Executivo	Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva	Resolução do			CHLO	D	4
	Vogal Executivo	Dr. Carlos Manuel Mangas Cabrino Galamba de Oliveira	Conselho de Ministros	12/01/2017		CHLO	D	3
	Vogal Executivo	Dr. José Manuel Fernandes Correia	n.º 31/2017			CHLO	O	1
	Vogal Executivo	Ent.ª Fernanda Maria da Rosa				CHLO	D	4

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

Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'Hau', 'Col', and a large 'D'.

De acordo com o Artigo 6.º, Secção I, Capítulo I do Decreto-Lei n.º12/2015 de 26 de Janeiro de 2015, “o Conselho de Administração é composto pelo Presidente e um máximo de quatro vogais, que exercem funções executivas em função da dimensão e complexidade do hospital, E. P. E., sendo um dos membros o director clínico e outro o enfermeiro-diretor”.

3. Distinção dos membros executivos e não executivos do Conselho de Administração e, relativamente aos membros não executivos, identificação dos membros que podem ser considerados independentes

Não existem membros não executivos do Conselho de Administração.

4. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do Conselho de Administração

Membros do Conselho de Administração

Administradores Executivos:

Presidente CA – Dra. Rita Perez Fernandez da Silva

DADOS BIOGRÁFICOS:

Data de Nascimento: 22 de Janeiro de 1958

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

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

CARREIRA HOSPITALAR:

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

2003 – Competência em Emergência Médica pela Ordem dos Médicos;

1998 – Assistente Graduada em Anestesiologia;

1993 – Especialista em Anestesiologia pela Ordem dos Médicos;

1991 – Grau de Assistente Hospitalar de Anestesiologia no Hospital Pulido Valente

CARGOS DE DIREÇÃO HOSPITALAR:

2014 – 2016 – Diretora Clínica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

2009-2014 - Diretora Médica do Hospital São Francisco Xavier;

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

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

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

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

1997-2005 - Adjunta da Direção do Serviço de Urgência do Hospital São Francisco Xavier;

1995-2005- Coordenadora Médica da VMER do Hospital São Francisco Xavier.

OUTRAS COMPETÊNCIAS/CARGOS/FORMAÇÃO:

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

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

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

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

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

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

Vogal do CA – Dra. Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva

DADOS BIOGRÁFICOS:

Data nascimento: 4 de Setembro 1958

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

1986 - Licenciatura em Direito - Universidade Livre Lisboa, XVII Curso de Administração Hospitalar

1992 - Curso de Economia da Saúde

Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'SMV', 'Hau', 'Clay', and a stylized 'P'.

II Programa de Alta Direção Instituição de saúde AESE

CARGOS E FUNÇÕES:

2011 - Vogal Executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental com os mesmos pelouros que tinha até então e continua a participar na reestruturação desta unidade hospitalar, o que veio a ter impacto na melhoria sustentada dos custos de exploração e melhoria dos indicadores de produtividade e qualidade de serviço.

2008 -Vogal Executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental: pelouros de Gestão de Recursos Humanos e Formação, Gestão de Compras, Serviços Jurídicos e Diretora Executiva do Hospital Egas Moniz; Reestruturação dos serviços de apoio num contexto de diminuição efetiva de custos

2007 - Direção executiva no Processo de Transmissão do Centro Hospitalar de Cascais para o modelo de Parceria Público-Privada

2005 - Diretora Financeira no Centro Hospitalar de Cascais: criação do Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão

2003 - Vogal executivo do Conselho de Administração do Hospital de Egas Moniz S.A: acompanhamento da elaboração do plano de negócios e criação da primeira Unidade de Cirurgia Ambulatória bem como de estruturas intermédias de gestão e desenvolvimento do modelo de contratualização interna e de avaliação de desempenho de incentivos

2002 - Adjunta do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

Integração do Grupo de Trabalho Técnico de Criação dos Hospitais Sociedades Anónimas

Responsável pela preparação da Agenda de Conselho de Ministros e acompanha o Programa Operacional Saúde XXI

1999-2002 - Direcção dos serviços de Compras e de Recursos Humanos do Centro Hospitalar Cascais.

1993 - Administradora delegada do Hospital de Cascais: Reestruturação diversos serviços, criação da Unidade de Cuidados Intermédios e início de funcionamento da Unidade de Oncologia

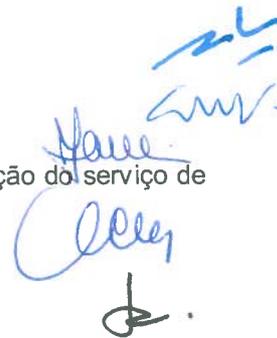
1992 - Representante da Direção Geral dos Hospitais, na Comissão Instaladora do Hospital da Amadora: Acompanhamento da construção e preparação do modelo orgânico funcional

1991 - Direcção Financeira do Hospital de Santa Marta: responsável pela sua autonomização em relação ao Grupo Hospitais Civis

1990-1991 - Assessora do Administrador Delegado no Hospital de Cascais Responsável pela programação do Novo Hospital de Cascais

Preparação do impacto da abertura de um Novo Hospital em Lisboa (Amadora)

1989 - Inicia funções no Hospital de Santa Maria como responsável pela informatização do serviço de Urgência



Vogal do CA – Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira

DADOS BIOGRÁFICOS:

Data de nascimento: 14 de Janeiro de 1963, em Lourenço Marques, Moçambique.

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

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

SUMÁRIO DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

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

CARGOS E FUNÇÕES:

2012 - Nomeado Vogal Executivo no Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, que tem o propósito de otimizar os recursos disponíveis, reestruturando e redimensionando o Centro, numa perspetiva de maior eficiência e eficácia.

2009-2012 - Assume a direção geral da Sojormédia Capital, detentora do título do diário i. Desenvolve e implementa o plano estratégico de viabilização económica e financeira.

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

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

1998-2005 - Convidado para integrar os corpos diretivos da Foote Cone & Belding Publicidade, com responsabilidades na gestão financeira, administrativa e nos recursos humanos. Em 2002 assume a presidência dessa mesma empresa, cargo que desempenha até à saída, em finais de 2005, deixando a empresa como a mais premiada agência de publicidade em Portugal, alcançando o 5º lugar no ranking mundial (Gunn Report).

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

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

1989-1990 - Integra a equipa da Totta Finance, uma empresa especializada em fusões e aquisições, na esfera do, recém-privatizado Banco Totta.

1986-1989 - Ingresso nos quadros da Arthur Andersen onde teve oportunidade de adquirir significativa experiência nas áreas de Auditoria e Consultadoria.

CURSOS COMPLEMENTARES:

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

OUTRA FORMAÇÃO:

- Mestrado em História de Arte pela Universidade Lusíada (1997 -1998) – incompleto.
- Revisor Oficial de Contas - Ordem dos Revisores De Contas (ROC n. ° 745) – com actividade suspensa por incompatibilidade com a actividade desempenhada actualmente.
- Técnico de Contas - Câmara dos Técnicos Oficiais de Contas (TOC nº 27828) – com actividade suspensa por incompatibilidade com a actividade desempenhada actualmente.

Vogal do CA – Dr. José Manuel Fernandes Correia

Data de Nascimento: 29/01/1960

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

- Licenciatura em Medicina
- Consultor/Graduado da carreira médica hospitalar de Pneumologia

[Handwritten signatures in blue ink]

ATIVIDADE PROFISSIONAL

Categoria Profissional:

- Diretor Clínico

Cargos anteriores:

- Adjunto da Direção Clínica do Hospital Egas Moniz/CHLO.
- Adjunto da Direção Clínica do Hospital de Santa Luzia de Elvas
- Diretor do Serviço de Urgência do Hospital de Elvas.
- Responsável pela Unidade de Ventilação Não Invasiva do Serviço de Pneumologia do Hospital Egas Moniz.
- Gestor de camas do HEM
- Indicado pelo CA como interlocutor do HEM junto da ACSS, na implementação do ALERT e SICO.
- Nomeado para Comissão de Risco do CHLO.
- Responsável da Bolsa de Camas do HEM.
- Nomeado para Comissão de Mortalidade do HEM
- Responsável pela Unidade de Técnicas do Serviço de Pneumologia do HEM

Vogal do CA – Enf.^a Fernanda Maria da Rosa

DADOS BIOGRÁFICOS:

Data de nascimento: 4 de Novembro 1952

FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

1989 – Conclusão do Curso de Administração de Serviços de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, com aproveitamento em todas as disciplinas constantes do Plano de Estudos

1983 – Graduação do Curso de Pedagogia e Administração para Enfermeiros Especialistas na Escola de Ensino e Administração



1981 - Graduação do Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola de Reabilitação

1971-1974 - Ingressou na Escola de Enfermagem de S. João do Porto, no Curso Geral de Enfermagem

INGRESSO E PROGRESSÃO NA CARREIRA:

1990-1997 - Enfermeira Supervisora no Hospital São Francisco Xavier

1990 - Inicia funções com a categoria de enfermeira Chefe no Hospital São Francisco Xavier

1985-1989 - Processo de Enfermagem; Ulceras de Pressão – Project COMAC – Concert Action Programme on Quality Assurance of The European Communities; Comissão de Higiene e Infeção Hospitalar

Membro Fundador das referidas Comissões;

Integração na UCF (Unidade Coordenadora Funcional)

Colaboração na elaboração ao programa funcional, espaços arquitetónicos do Serviço de Urgência

Integração em Comissões Organizadoras/Científicas

1983 - Responsável pela remodelação do Serviço de Cirurgia, tendo assumido a sua chefia

1981 - Chefia do Serviço de Medicina e Cardiologia

1981 - Ascende à categoria de Enfermeira Chefe

1977 - Ascende ao lugar de Enfermeira subchefe

1975 - Enfermeira de 1.^a Classe

1974 - Enfermeira de 2.^a Classe do quadro do Hospital Distrital de Beja

OUTRAS ACTIVIDADES:

Preletora de ações de formação:

1990 - Regulamento de Visitas do Hospital S. Francisco Xavier

1984 - Grupos de Trabalho: Project do Sistema de Classificação de Doentes e sua Implementação

1982 - Project de Regulamento Interno do Hospital de Beja

Handwritten signature and initials in blue ink.

CARGOS DESEMPENHADOS:

2011-2013 - Nomeada Enfermeira Diretora e Vogal Executivo do CHLO-Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental: exerce funções tendo os seguintes pelouros: Responsável pela Logística e Distribuição, Serviços Hoteleiros, Serviços de Instalações e Equipamentos e Serviço de Transportes

2008-2010 - Nomeada Enfermeira Diretora e Vogal executivo do CHLO- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

2005-2008 - Nomeada Enfermeira Diretora e Vogal executivo do CHLO- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

2002 - Nomeada Enfermeira Diretora do Hospital S. Francisco Xavier, SA

1997 - Eleita Enfermeira Diretora do Hospital S. Francisco Xavier

5. Apresentação de declaração¹ de cada um dos membros do órgão de administração ao órgão de administração e ao órgão de fiscalização, bem como à Inspeção-Geral de Finanças (IGF), de quaisquer participações patrimoniais que detenham na entidade, assim como quaisquer relações que mantenham com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse (vide artigo 52.º do RJSPE).

Ver anexo

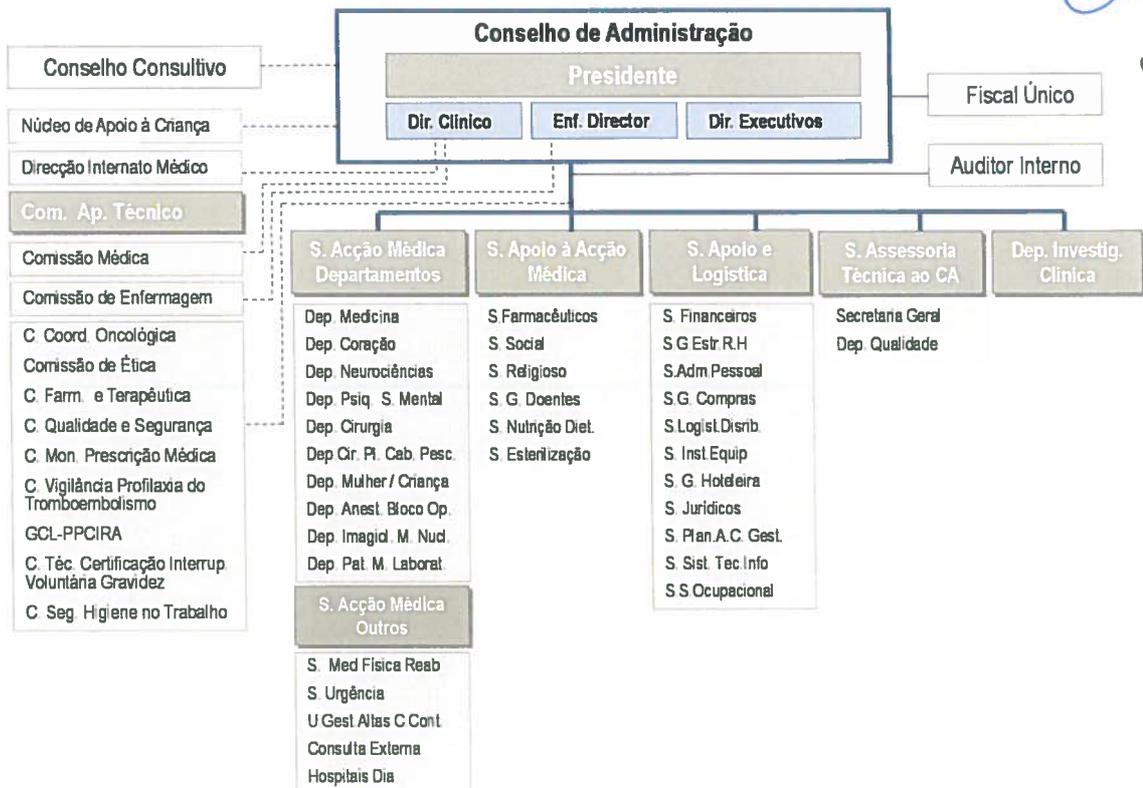
6. Identificação de relações familiares, profissionais ou comerciais, habituais e significativas, dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo com acionistas.

Não existem

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

Handwritten notes and signatures in blue ink, including the name 'Ferreira' and a signature.

7. Organograma



FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES

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

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

Conselho de Administração

Presidente

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

- Departamento de Qualidade;



- Secretaria-geral (inclui Gabinete de Comunicação e Imagem, Gabinete de Utente e Centro de Documentação e Biblioteca e Reprografia);
- Serviço Social;
- Serviço de Auditoria Interna.

No âmbito destes pelouros a Presidente do Conselho de Administração tem competência para autorizar despesas até ao montante de 4.000€.

Vogais Executivos

Dra. Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva: Para além das competências próprias, este elemento desempenha funções de Diretor Executivo do HEM e acumula as competências na gestão estratégica dos seguintes pelouros:

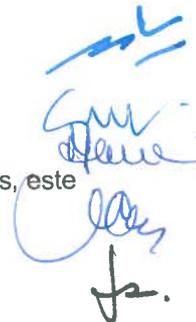
- Serviço de Administração de Pessoal e Gestão Estratégica de Recursos Humanos;
- Serviço de Gestão de Compras e Logística e Distribuição;
- Serviço Jurídico;
- Serviço Religioso;
- Serviço de Instalações e Equipamentos HEM.

No âmbito destes pelouros a Vogal Executiva tem competência para autorizar despesas até ao montante de 1.000€.

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

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

No âmbito destes pelouros o Vogal Executivo tem competência para autorizar despesas até ao montante de 1.000€.



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

- Serviços Farmacêuticos;
- Departamento de Investigação Clínica.

No âmbito destes pelouros a Diretora Clínica tem competência para autorizar despesas até ao montante de 1.000€.

Enf.^a Fernanda Maria da Rosa (Enf.^a Diretora): Para além das competências próprias, este elemento acumula as competências na gestão estratégica dos seguintes pelouros:

- Serviços de Gestão Hoteleira;
- Serviço de Esterilização;
- Serviço de Nutrição e Dietética;
- Serviço de Instalações e Equipamentos HSFx.

No âmbito destes pelouros a Enfermeira Diretora tem competência para autorizar despesas até ao montante de 1.000€.

Conselho Fiscal:

Presidente: Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida

Vogal: Dr.^a Anabela Mendes Garcia Barata

Vogal: Dr. Carlos António Lopes Pereira

Vogal Suplente: Dr.^a Maria de Lurdes Pereira Moreira Correia de Castro

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

Conselho Consultivo

Presidente: Dr. Roberto Artur da Luz Carneiro

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

Handwritten signatures and initials in blue ink.

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

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

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Mandato	Cargo	Nome	N.º Reuniões	Assiduidade
2017-2019	Presidente	Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva (Presidente)	46	100%
	Vogal Executivo	Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva	47	100%
	Vogal Executivo	Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	49	100%
	Vogal Executivo	Dr. José Manuel Fernandes Correia (Director Clínico)	46	100%
	Vogal Executivo	Enf.ª Fernanda Maria da Rosa (Enfermeira Directora)	46	100%

Nota:

Em 2018 realizaram-se 51 reuniões.

As ausências correspondem ao período de férias.

9/05/2018 - Ausência por baixa médica - Sra. Presidente - Dra. Rita Perez Fernandez da Silva

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

Não existem

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

De acordo com o Artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de Janeiro, o Gestor Público tem celebrado com o Ministério das Finanças e Ministério da Saúde um acordo de gestão em que se definem orientações, “envolvendo sempre metas objetivas, quantificadas e mensuráveis anualmente durante a vigência do contrato de gestão, que representem uma melhoria operacional e financeira nos



principais indicadores de gestão da empresa", metas essas definidas ao nível do Acordo Modificativo - Contrato Programa, anualmente assinado entre o CHLO, E.P.E. e a ARSLVT.

d)Comissões² existentes no órgão de administração ou supervisão, se aplicável. Identificação das comissões, composição de cada uma delas assim como as suas competências e síntese das atividades desenvolvidas no exercício dessas competências.

•Apoyo Técnico no domínio do acesso aos cuidados de saúde

- SIGIC – Dra. Isabel Cabral
- Comissão Médica – Dra. Rita Perez
- Comissão de Enfermagem – Enf. Fernanda Rosa
- Equipa de Gestão de Altas – Dra. Augusta Gaspar

•Outras Comissões (apoio à gestão)

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

➤**Comissão de Ética**

Elementos:

- Prof. Dra. Teresa Marques (Presidente)
- Dr. Carlos Costa
- Dra. Paula Peixe
- Dra. Helena Farinha
- Enfª Clara Maria Carvalho
- Dr. Santana Carlos
- Dr. Rui Miguel Campante Teles
- Padre João Valente

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

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

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

Handwritten signature and initials in blue ink.

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

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

Durante o ano de 2018 realizaram-se 11 reuniões ordinárias e 1 reunião extraordinária da Comissão de Ética salientando-se as seguintes atividades:

- ♦ Atividade assistencial (emissão de pareceres por solicitação de diferentes serviços do CHLO);
- ♦ Atividade de investigação:
 - Foram recebidos 128 pedidos de parecer para realização de estudos. Destes, 101 por se encontrarem completos e de acordo com as Normas da Comissão de Ética para a Saúde (CES) foram submetidos a apreciação: 62 registos observacionais/projetos de investigação clínica (60 com parecer favorável e 2 com parecer desfavorável); 25 Estudos conducentes a provas académicas (15 com parecer favorável); 14 Adendas/Emendas a estudos aprovados anteriormente 89 com parecer favorável e 3 com parecer desfavorável);

Dos 128 pedidos que deram entrada, 27 não tiveram ainda parecer final por se aguardarem esclarecimentos solicitados ao Investigador Principal.

- Deram entrada, para apreciação, 17 modelos de consentimento informado a utilizar na prática clínica (11 com parecer favorável); no âmbito da proposta de articulação entre a CNPD (Comissão Nacional de Proteção de Dados) e a CES do CHLO, no que concerne ao tratamento de dados pessoais efectuado no âmbito da Investigação Clínica, foi dado conhecimento à Presidente da Comissão Nacional Protecção Dados de 4 pareceres favoráveis à dispensa de consentimento informado;

- Apreciaram-se 358 justificações para autorização de utilização de medicamentos que não fazem parte do FHNM ou cuja aplicação não se encontra ainda aprovada pelo INFARMED;

► Comissão de Qualidade e Segurança

Elementos:

- Dra. Suzana Parente (Presidente)
- Dra. Filomena Martins
- Dra. Conceição Furstenau
- Dr. João Fernando Araújo Sequeira
- Dra. Alexandra Flores
- Enf.ª Maria de Fátima Sequeira Almeida
- Técnica Ana Margarete

De acordo com o Art.º 23º do Regulamento Interno do CHLO, EPE, compete a esta comissão:

- Dar parecer sobre a formulação da política da qualidade;
- A elaboração de proposta do plano de ação anual;
- O acompanhamento e controlo da execução do plano de ação anual.

Durante o ano 2018 as atividades desenvolvidas por esta Comissão responderam aos requisitos para concretização das propostas da DGS, com carácter normativo, como é público.

Intervenções que tiveram lugar:

- ♦ Número de NOC DGS analisadas e discutidas – 872
- ♦ Número de NOC DGS objeto de auditoria interna - 426
- ♦ Aplicação da da Triagem Manchester na urgência geral com auditoria regular e na urgência pediátrica;
- ♦ Manutenção de Programas de segurança, no uso seguro do medicamento:
 - Procedimento para medicamentos LASA (“Look Alike, Sound Alike”)
 - Procedimento para medicamentos de alerta máximo
 - Aplicação de alertas informáticos no sistema de prescrição (eg dias de prescrição de antibiótico, incompatibilidades)
- ♦ Programa de Avaliação para controlo ambiental - gases anestésicos e AVAC, criação e desenvolvimento do Plano de Prevenção e controlo da Legionella no CHLO;
- ♦ Investigação Clínica – continuação das actividades compreendendo ainda um curso anual;
- ♦ Atividades formativas transversais: S. básico de vida, S. avançado de vida, Curso de Gestão de Risco para chefias intermédias na área da comunicação, comunicação em linguagem gestual.
- ♦ Atividades outras no Âmbito da Segurança do Doente:
 - Continuação da aplicação do Programa da Cirurgia Segura;
 - Continuação dos Programas de ensino ao doente durante o internamento de forma informal;

- Reformulação da plataforma de comunicação de incidentes no sistema de report Antares;
- Formação básica em Gestão de risco e análise e avaliação de incidentes;
- Continuação da divulgação de Informação sobre estratégias para prevenção de quedas e monitorização do risco de queda;
- Estratégia de armazenamento de medicamentos LASA implementada;
- Monitorização da infeção nosocomial - Programas HAI-SSI, HAI -UCI, UCIN, INCS;
- Monitorização dos microrganismos problema;
- ◆ Divulgação ampla da Carta de Direitos e Deveres do doente e da Carta de acesso ao direito à informação do tempo de espera em lista, de acordo com os requisitos da ERS;
- ◆ Colaboração com os serviços na elaboração de modelos de Consentimento Informado à luz do Modelo de Consentimento Informado em vigor (NOC 015/2013).
- ◆ Início do programa de divulgação aos serviços do regulamento Regulamento Geral de Protecção de Dados na sua versão actual bem como da Carta de Direitos ARCO
- ◆ Revisão e divulgação no *site* do Departamento da Qualidade de numerosos documentos transversais com o objetivo de formalizar procedimentos e instruções de trabalho, procurando sistematizar atividades com impacto positivo direto da organização no doente. Para além dos já disponíveis foi divulgada informação sobre a operacionalização do Regulamento Geral da Protecção de dados e Metrologia em Saúde.

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

Elementos:

- Dra. Filomena Martins (Presidente)
- Dra. Margarida Rosa Silva Santos
- Dr. António João Rodrigues Pereira
- Dra. Elsa Filipa Pasmal de Almeida Gonçalves
- Enf.^a Maria Francelina Ribeiro Ferreira Rebelo
- Dra. Maria Helena Farinha
- Dra. Maria Isabel Antunes
- Dra. Ana Alexandra da Conceição Mirco
- Dr. João Fernando Araújo Sequeira
- Enf.^a Maria Margarida Moreira Mimoso
- Dra. Ana Alexandra Sousa Leitão
- Enf.^a Clara Maria Aguiar Carvalho
- Dra. Erica Rodrigues Viegas
- Dra. Maria Fátima Marques Grenho

São objetivos desta Comissão, prevenir, detetar e controlar as infeções nos estabelecimentos de saúde, promovendo ações neste âmbito, em articulação com os vários departamentos, serviços, unidades e demais órgãos técnicos.

No âmbito das competências que lhe são atribuídas, o GCL-PPCIRA realizou diversas atividades ao longo de 2018, das quais se destacam:

Vigilância Epidemiológica

- ♦ Vigilância epidemiológica de incidência da infeção associada aos cuidados de saúde: infeção nosocomial e microrganismos epidemiologicamente significativos;
- ♦ Vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos;
- ♦ Programa de vigilância epidemiológica da infeção do local cirúrgico e da infeção em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) do Healthcare Acquired Infection Network (HAI-Net) do ECDC, nomeadamente HAI-SSI e HAI-ICU;
- ♦ Programa de vigilância epidemiológica da infeção nosocomial em unidades de cuidados intensivos neonatais (VE-UCIN) que integra o Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e das Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA);
- ♦ Vigilância epidemiológica da infeção nosocomial da corrente sanguínea que integra o PPCIRA;
- ♦ Vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos de microrganismos alerta e problema de acordo com a Norma 004/2013 da Direção Geral de Saúde;
- ♦ Apresentação de resultados da vigilância epidemiológica realizada e publicação online.

Formação / Acompanhamento Clínico

- ♦ Organização, coordenação e participação em ações de formação interna, em colaboração com Departamento de Formação do CHLO (Plano Anual de Formação);
- ♦ Integração de novos Enfermeiros, políticas do GCL-PPCIRA;
- ♦ Integração de novos Assistentes Operacionais, políticas do GCL-PPCIRA;
- ♦ Colaboração em estágios da especialidade médica e especialidades clínicas de enfermagem;
- ♦ Orientação das práticas clínicas;
- ♦ Continuação da elaboração ou actualização de recomendações, procedimentos e normas para o manual de prevenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos do CHLO;
- ♦ Emissão de pareceres em prevenção e controlo de infeção e utilização de antimicrobianos e anti-sépticos;
- ♦ Participação em reuniões externas, como oradora convidada:
 - "Isolamentos: como proceder com as visitas?". Congresso de Resistências Antimicrobianas e Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, Lisboa 2018: Think global. Act local, Filomena Martins;
 - "Vigilância Epidemiológica da Infeção Nosocomial. Do sonho à realidade!", Lisboa 2018, Filomena Martins;

- "Enterobacteriaceae Resistentes aos Carbapenemos: estratégia de contenção". IV Jornadas do PPCIRA. Lisboa, Filomena Martins;
- ◆ Reunião de conclusão do estudo HAI-Net Mortality Review Validity And Reproducibility Study, European Centre for Disease Prevention and Control, Estocolmo, Maio 2018, Clara Carvalho

Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'LMP', 'Hau', 'Clara', and 'd.'

Auditoria de estrutura, processo e resultado

- ◆ Campanha das Precauções Básicas em Controlo de Infecção (PBCI) – Direção Geral de Saúde e Organização Mundial de Saúde;
- ◆ Auditoria ao feixe de intervenções à prevenção da ILC;
- ◆ Auditoria ao feixe de intervenções à prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical;
- ◆ Auditoria ao feixe de intervenções à prevenção da pneumonia associada à intubação;
- ◆ Auditorias internas a indicadores de estrutura, processo e resultado;
- ◆ Auditorias internas ao uso de antimicrobianos:
 - Serviço de Cirurgia Geral I, Unidade de Oncologia, Unidade de AVC, Unidade de Cuidados Intermédios da Medicina IV, UNICARD;
 - Serviço de Cirurgia Geral II, Gastrenterologia e Neurologia;
 - Serviço de Cirurgia Geral III, Cardiologia, CCT, Nefrologia e UCI-CCT;
 - Avaliação da DDD/100 camas/dia e DDD/1000 doentes saídos do CHLO.

Programa de apoio à prescrição antibiótica

- ◆ Início do Programa de apoio à prescrição antibiótica no HEM.

Colaboração em atividades de gestão

- ◆ Júri de concursos de escolha de material e consumo clínico;
- ◆ Acompanhamento à acreditação/ certificação de serviços de internamento
- ◆ Dados de indicadores de Qualidade na área de prevenção e controlo de infeção, identificação de standards e padrões de Qualidade para os indicadores de qualidade de PPCIRA.
- ◆ Participação nas reuniões de Qualidade e desempenho dos diversos Serviços.
- ◆ Assessoria ao Conselho de Administração e outros serviços do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, em assuntos do âmbito do PPCIRA.
- ◆ Acompanhamento de obras de renovação/demolição no serviço de Cardiologia, Cirurgia Geral, CCT, Cardiologia Pediátrica e Bloco Operatório do HSC, monitorização do cumprimento das medidas de contenção, de poeiras e resíduos, inerentes a qualquer processo de demolição/renovação das instalações hospitalares.

Projetos de investigação/Participação em projetos de investigação/Publicações

- ◆ Avaliação do cateter Folley Bactiguard na prevenção da infeção do tracto urinário associada à cateterização vesical (ainda em curso);

- ♦ Estudo "Caracterização de estirpes bacterianas associadas a infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS): a importância dos biofilmes" (em curso);
- ♦ "Caracterização de estirpes de bacterianas associadas a Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS): a importância dos biofilmes" (em curso);
- ♦ "HAI-NET MORTALITY REVIEW VALIDITY AND REPRODUCIBILITY STUDY", European Centre for Disease Prevention and Control.
- ♦ Artigo na revista *Frontiers in Microbiology*, em 6 de dezembro 2018, "Genomic Study of a *Clostridium difficile* Multidrug Resistant Outbreak-Related Clone Reveals Novel Determinants of Resistance". Joana Isidro, Juliana Menezes, Mónica Serrano, Vítor Borges, Pedro Paixão, Margarida Mimoso, Filomena Martins, Cristina Toscano, Andrea Santos, Adriano O. Henriques e Mónica Oleastro.

Handwritten notes:
L
Limp
Have
Coag
↓

Colaboração em atividades para a acreditação de serviços clínicos do CHLO

- ♦ Integração na equipa de acreditação dos serviços clínicos.

Equipa de crise no surto de Escabiose no HSFX

- ♦ Integrou a equipa de crise em colaboração com o CA
- ♦ Integrou a equipa de operacionalização com os serviços envolvidos e com o Serviço de Saúde Ocupacional
- ♦ Colaborou nas reuniões promovidas pelo CA

Equipa de crise no surto de *Clostridium difficile* no serviço de Cirurgia Cardiotorácica - HSC

- ♦ Integrou a equipa de crise em colaboração com o CA e direcção do serviço:
 - ♦ Reforço de todas as medidas de prevenção e controlo de infeção no serviço. Realizado reforço de formação a todos os profissionais, Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais, funcionários e responsáveis da empresa de limpeza, outros técnicos de diagnóstico e terapêutica, Fisioterapeutas, Voluntários, doentes e respectivas visitas.
 - ♦ Cumprimento rigoroso das medidas de isolamento de contacto nos doentes infectados.
 - ♦ Realização de colheitas de superfícies ambientais para controlo microbiológico, pelo INSA, sob orientação da Prof^a Mónica Oleastro.
 - ♦ Planeamento e realização de biodescontaminação ambiental com peróxido de hidrogénio de todo o serviço, assim como do serviço de cardiologia Pediátrica (contíguo à CCT) e do quarto de 7 da UCICCT, para onde foi transferido o último doente).
 - ♦ Articulação com gestão hoteleira no reforço urgente do esquema/frequência de limpeza do serviço.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'L', 'C.M.V.', 'Hau', and 'J.'.

Equipa de crise na ocorrência de aumento de número de casos de infecção por *Giardia* no serviço de Nefrologia - HSC

• Vigilância epidemiológica dos três casos de infecção por *Giardia* no serviço de Nefrologia, em Janeiro e Fevereiro de 2018. Em todos os doentes foram implementadas medidas de precauções adicionais de contacto, após a alta foram reforçadas as medidas de limpeza e desinfecção das unidades. Todos foram declarados ao SINAVE.

➤ Comissão da Farmácia e Terapêutica

Membros:

- Dr. José Manuel Correia (Presidente após Março)
- Prof.ª Dra. Fátima Falcão
- Dra. Helena Farinha
- Dra. Ana Mirco
- Dra. Isabel Aldir
- Dr. António Carvalho

Secretariado Técnico:

- Dra. Erica Viegas

Compete a esta Comissão:

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

Foram realizadas 50 reuniões, tendo sido analisados:

- 5 Protocolos Terapêuticos;
- 55 Pedidos de introdução de medicamentos ou formulações de usos geral;

- 461 Pedidos de terapêutica para a Hepatite C;
- 1 350 Pedidos individualizados de outros medicamentos;
- 4 Norma da CFT

Outras actividades:

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

➤ Núcleo Hospitalar de Apoio a Criança e Jovens em Risco

Elementos:

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

Através de uma equipa multidisciplinar, o Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovens em Risco propõe assumir a sua função de provedor dos direitos da criança, na proteção do seu superior interesse e no respeito pela sua dignidade. A sua principal atribuição deve passar por promover os direitos das crianças e jovens, através da prevenção da ocorrência de maus-tratos, da deteção precoce de contextos, fatores de risco e sinais de alarme, do comportamento e prestação de cuidados e da sinalização e/ou encaminhamento dos casos identificados.

Nas situações de risco, destaca-se um indicador de risco predominante, pelo que a disfuncionalidade familiar comporta um conjunto de vulnerabilidades sociofamiliares que podem condicionar os cuidados e segurança de algumas crianças. O NHACJR tem também a realidade das crianças/ jovens sinalizados por problemas comportamentais vários, o *bullying* escolar, as crianças/ jovens negligenciados, pais com patologias psiquiátricas, gravidez na adolescência e pais adolescentes ou com o consumo de aditivos, entre outras, não podendo dissociar que tal está normalmente associado a uma dinâmica familiar disfuncional ou mesmo uma situação de perigo ainda não diagnosticada. O abuso sexual e o mau trato físico continuam a constituir as situações de perigo que comprometem mais a integridade física e psíquica da criança/jovem.

No ano de 2018, foram avaliadas pelo NHACJR 108 crianças e jovens em risco/perigo. 65 situações foram inaugurais e 43 reavaliações. Relativamente a anos anteriores houve aumento significativo das situações sinalizadas e reavaliadas. O NHACJR realizou inúmeras intervenções de assessoria técnica e articulação funcional respeitantes a diligências efetuadas, nomeadamente para os Cuidados de Saúde Primários, Escolas, Polícia, etc. Foram elaborados inúmeros pareceres técnicos, de crianças e

Handwritten notes in blue ink:
→ with
Hau
Clay
↓

jovens em risco/ perigo, em resposta a entidades externas, tais como o Tribunal, DIAP, Polícia Judiciária, etc.

No sentido de assegurar a articulação funcional entre o NHACJR e NACJR do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, quer para o desenvolvimento de projetos conjuntos ou discussão de casos sinalizados, manteve-se a Cooperação/ Colaboração em Projetos vários.

Há que salientar que o número de crianças/jovens em risco/perigo sinalizadas e/ou acompanhadas pelo NHACJR não correspondem ainda ao número total desta população atendida no CHLO, mais especificamente, no âmbito da intervenção social do Serviço Social.

➤ **Comissão Técnica de Certificação de Interrupção Voluntária da Gravidez**

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

Elementos:

- Dr. António Macedo – Presidente
- Dr. Fernando Cirurgião
- Dr^a Cristina Fadigas
- Dra. Patrizia Veca
- Dra. Carla Lilaia
- Dra. Tânia Sardinha

Competências:

- 1- A certificação da situação prevista na alínea c) do nº 1 do artigo 142 do Código Penal compete à comissão técnica, criada em cada estabelecimento de saúde oficial que realize interrupções da gravidez.
- 2- Cada comissão técnica é composta por três ou cinco médicos como membros efetivos e dois suplentes, a nomear pelo conselho de administração do estabelecimento oficial de saúde pelo período de um ano, renovável.
- 3- Da comissão técnica fazem parte, obrigatoriamente, um obstetra/ ecografista, um neonatologista e, sempre que possível, um geneticista, sendo os restantes membros necessariamente possuidores de conhecimentos adequados para a avaliação das circunstâncias que tornam não punível a interrupção da gravidez.
- 4- A comissão técnica pode, sempre que necessário, solicitar o parecer de outros técnicos ou peritos.
- 5- A comissão técnica reúne:
 - a) Mediante convocação do presidente, sempre que necessário;
 - b) Obrigatória e imediatamente, após a receção dos atestados, relatórios, pareceres médicos e documento normalizado de consentimento.
- 6- A comissão técnica deve prestar os esclarecimentos pertinentes à mulher grávida ou seu representante legal.

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

Nº de casos em 2018:

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

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

➤ **Comissão de Coordenação Oncológica**

Elementos:

- Dra. Rita Perez (Presidente)
- Dra. Ana Maria Martins
- Dr. Carlos Neves
- Dra. Sância Ramos
- Dra. Helena Miranda

➤ **Comissão da Monitorização da Prescrição Médica do CHLO**

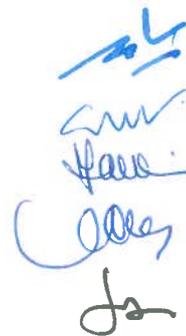
Elementos:

- Dr. João Carlos Furtado
- Dra. Isabel Maria Madruga
- Dr. João Manuel Godinho
- Dr. Jorge Cunha Azinheira
- Dra. Cecília Lam Gil
- Dra. Maria Helena Farinha

➤ **Comissão de Vigilância e Profilaxia do Tromboembolismo Venoso**

Elementos:

- Dr. Carlos Neves (Presidente)
- Dra. Maria Teresa Gago
- Dr. Belarmino Clemente
- Dra. Maria Alice Sousa
- Dr. Francisco Silva
- Dra. Maria Manuela Soares
- Dra. Maria do Céu Lobo
- Dra. Carla Margarida Lapão



➤ **Unidade Coordenadora Funcional de Diabetes**

Elementos do CHLO

- Dra. Rita Perez
- Dr. José Guia
- Enf.^a Isabel Maria Amaral Amado
- Dr. Carlos Augusto Carvalho Vasconcelos
- Enf.^a Maria Isabel Gomes A. Pita Góis

➤ **Unidade Funcional de Terapêutica Cirúrgica da Obesidade Mórbida**

Elementos:

- Dra. Manuela Oliveira (Presidente)
- Dr. Carlos Nascimento
- Dra. Helena Contente

➤ **Comissão Informatização Clínica**

Elementos:

- Dr. António Carvalho (Presidente)
- Eng. Jorge Pedroso
- Dr. João Faro Viana
- Dra. Ana Mirco
- Dra. Isabel Cabral
- Enf.^a Célia Osana
- Dra. Ana Maria Monteiro Almeida

➤ **Equipa de Prevenção da Violência em Adultos**

Elementos:

- Dra. Paula Afonso (Coordenadora)
- Dra. Paula Cristina Alves
- Dra. Gabriela Rodrigues
- Enf.^a Ana Maria Ramos
- Enf.^a Lúcia Maria Silva
- Dr. Fernando Silva

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

Elementos:

- Dr. Carlos Galamba
- Dra. Filomena Martins
- Dra. Suzana Parente
- Eng.º Nuno Horta
- Dra. Teresa Martinho
- Dr. Sérgio Santos

D.Fiscalização

1. Identificação do órgão de fiscalização

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

2. Identificação dos membros do Conselho Fiscal

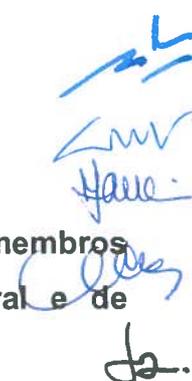
CONSELHO FISCAL

(euros)

Mandato	Cargo	Nome	Designação		Estatuto Remuneratório Fixado Mensal	N.º Mandatos
			Forma (1)	Data		
2017-2019	Presidente	Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida	Despacho		1.362,02	1
	Vogal	Dr.ª Anabela Mendes Garcia Barata	Finanças e	28/11/2017	1.021,51	
	Vogal	Dr. Carlos António Lopes Pereira	Saúde de 23		1.021,51	
	Vogal Suplente	Dr.ª Maria de Lurdes Pereira Moreira Correia de Castro	e 28/11/2017			

(1) AG/DUE/despacho

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



3. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras e outros.

• **Conselho Fiscal**

Presidente – Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida

Data de Nascimento: 14/07/1956

Habilitações Académicas

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

Actividade Profissional

Categoria Profissional:

- Revisor Oficial de Contas desde 1990, sendo actualmente sócio gerente da Vítor Almeida & Associados, SROC, Lda

Cargos:

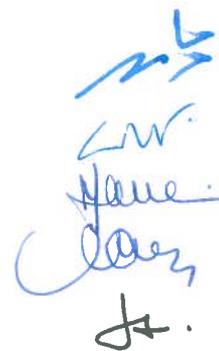
- Integra a Comissão Técnica das Entidades Não Financeiras e o Júri de Exame de Admissão à Ordem dos Revisores Oficiais de Contas;
- Assistente convidado no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE);
- Consultor do Ministério das Finanças Português, do Governo de Angola, bem como do Ministério das Finanças de Cabo Verde;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Geral Tributária (2000-2003);
- Adjunto do Ministro da Finanças e do Secretário de Estado e Finanças (1999-2000);
- Director na Inspeção-geral de Finanças (1998).

Vogal – Dr.ª Anabela Mendes Garcia Barata

Data de Nascimento: 26/08/1964

Habilitações Académicas

- Licenciatura em Administração e Gestão de Empresas



- MBA na Escola Superior de Gestão da AESE

Actividade Profissional

Cargos:

- Coordenadora da Unidade de Gestão Financeira da ARSLVT desde Janeiro 2008;
- Directora Administrativa e Financeira no Grupo Bureau Veritas – Rinave (Janeiro 2002 a Dezembro 2007);
- Técnica Superior no Banco Espírito Santo (Julho 1996 a Dezembro 2001);
- Gerente na KPMG (Janeiro 1992 a Julho 1996);
- Técnica- “Assistent Manager” na Arthur Andersen (Setembro 1988 a Janeiro 1992).

Vogal – Dr. Carlos António Lopes Pereira

Data de Nascimento: 30/05/1955

Habilitações Académicas

- Licenciatura em Gestão, ISCTE (1988);
- parte escolar do Mestrado em Planeamento Estratégico, ISEG (1992);
- Pós-Graduação em Finanças e Gestão do Sector Público, IDEFF/FDL (2006);
- Mestrado em Economia e Políticas Públicas, ISEG (2017).
- Programa avançado para dirigentes da Administração Pública, INA (2010)

Actividade Profissional

Cargos:

- Quadro superior da DGTF-Direção-Geral do Tesouro e Finanças com funções de assessoria (desde Abril de 2015);
- Vogal do Conselho de Administração da Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos (2010 – 2015);
- Diretor do Gabinete de Acompanhamento do Sector Empresarial do Estado, Parcerias Público-Privadas e Concessões da DGTF (2007 – 2010);
- Técnico superior na DGTF (2004 – 2007);
- Coordenador Financeiro na Parque Expo 98, S.A. (2001 – 2004);
- Chefe de Serviços Financeiros na Brisa, Autoestradas de Portugal, S.A. (1991 – 2001);
- Analista Financeiro no Banco de Fomento Exterior (1988 – 1991);
- DGTF (1977 – 1988);

- Membro do Comité de Investimento do IFRRU 2020, do Comité de Investimento do Fundo JESSICA, do Conselho Consultivo do Fundo de Recuperação, FCR e do Conselho Consultivo do Fundo Azul, em representação da DGTf.
- Exerceu funções não executivas em diversas entidades públicas, em representação do Estado, como membro de órgãos de fiscalização e da mesa da assembleia geral.

Vogal – Dr.ª Maria de Lurdes Pereira Moreira Correia de Castro

Data de Nascimento: 13/04/1966

Habilitações Académicas:

- Mestrado em Ciências jurídico-empresariais pela Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 2018;
- Pós-graduação em Direito das Sociedades Comerciais, Universidade Católica – Faculdade de Direito, 2012-2013;
- Licenciatura em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, variante ciências-jurídicas, 1984-1989.

Actividade Profissional

Cargos:

- Subdiretora-Geral da Direcção-Geral do Tesouro e Finanças (desde 05/12/2017);
- Directora da Direcção de Serviços Jurídicos e de Coordenação da Direcção Geral do Tesouro e Finanças (01/07/2017 a 04/12/2017);
- Técnica Especialista no Gabinete do Ministro da Economia do XXI Governo Constitucional (01/04/2016 a 31/05/2017);
- Directora do Gabinete de Apoio e Coordenação de Serviços Jurídicos e de Coordenação (Dez 2005 a Mar 2016);
- Presidente do Conselho Fiscal Único do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE e do Centro Hospitalar de Tondela-Viseu (mandato 2018-2020);
- Vogal do Conselho Fiscal da NAV Portugal, EPE (mandato 2015-2017);
- Vogal do Conselho Fiscal da CP, EPE (mandato 2013-2015)
- Presidente da Comissão de Credores do BPA, SA (em liquidação), em representação do Estado, no âmbito da Liquidação Judicial que decorre nos termos sob o n.º 519/10.5TYLSB, no 2º Juízo do Tribunal de Comércio de Lisboa;
- Mesas de Assembleias Gerais (MAG):
 - Presidente da MAG da Administração dos Portos de Setúbal e Sesimbra, SA e da Sociedade para o Financiamento do Desenvolvimento;
 - Secretária da MAG da Instituição Financeira de Desenvolvimento, SA;

- Vogal do conselho fiscal dos CTT (mandatos 2008-2010 e 2012-2014)
- Vogal não executiva do Conselho de Administração da LUSA – Agência de Notícias de Portugal, SA (mandatos 2006-2008 e 2009-2011).

4. Caracterização do funcionamento do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras

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

E. Revisor Oficial de Contas (ROC)

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

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

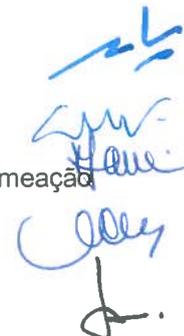
3. Indicação do número de anos em que a SROC e/ou o ROC exerce funções consecutivamente junto da entidade/grupo, bem como indicação do número de anos em que o ROC presta serviços nesta entidade, incluindo o ano a que se refere o presente relatório, bem assim como a remuneração relativa ao ano em referência.

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

O artigo 5º, Capítulo II do Decreto-Lei 233/2005, Anexo II), não previa a existência de ROC, pelo que a SROC não prestou outros serviços à entidade.

Nos termos dos artigos 15º dos Estatutos constantes do Anexo II ao Dec. Lei n.º 18/2017, de 10 de Fevereiro, foi nomeada o Conselho Fiscal, por Despacho conjunto dos SES e SET em 28/11/2017.

O Conselho Fiscal apresentou à tutela financeira, há cerca de um ano, uma proposta para nomeação de Revisor Oficial de Contas. À data, desconhece-se ter sido efetuada qualquer nomeação.



F.Auditor Externo

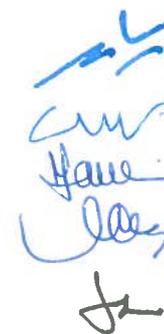
1. Identificação do auditor externo designado e do sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções, bem como o respetivo número de registo na CMVM, assim como a indicação do número de anos em que o auditor externo e o respetivo sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções exercem funções consecutivamente junto da entidade e/ou do grupo, bem assim como a remuneração relativa ao ano em referência.

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

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

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

Não existe.



VI. Organização Interna

A. Estatutos e Comunicações

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

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

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

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

Considerando que nos termos do disposto na alínea b), do nº 2, do artigo 19.º, Anexo II, do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, compete ao Serviço de Auditoria Interna (SAI) “receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital E.P.E., apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral”,

Considerando que de acordo com o previsto no nº 1, do artigo 20.º do mesmo Decreto-Lei, “o hospital E.P.E., dispõe de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação”,

O Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E. (CHLO) vê na comunicação de irregularidades uma oportunidade de melhoramento na qualidade dos mecanismos de controlo da atividade.

Neste sentido, foi aprovado pelo Conselho de Administração a 08 de janeiro de 2014, o Regulamento de Comunicação de Irregularidades, publicitado na intranet e internet do CHLO, que define um conjunto de normas e procedimentos internos acessíveis aos órgãos estatutários, colaboradores, utentes e cidadãos em geral, para a participação, de forma livre e consciente, de ocorrência de irregularidades incidentes na:

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

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

Pressupõe-se que a comunicação de irregularidades ou informação similar, bem como o apoio no âmbito da investigação da comunicação de irregularidades, são um direito do seu autor, que deverá ser exercido com a absoluta salvaguarda da sua identidade se tal for solicitado, de forma a prevenir omissões por receio de represálias e/ou qualquer forma de pressão.

É da responsabilidade do SAI assegurar a confidencialidade da comunicação, bem como a consagração de procedimentos adequados na receção, registo e tratamento da comunicação das irregularidades, de acordo com o preconizado no respetivo regulamento.

São reportadas através de relatório anual, pelo SAI ao Conselho de Administração (CA) do CHLO, todas as atividades desenvolvidas referentes às comunicações/situações de irregularidades concluídas e em curso, bem como as respetivas recomendações, caso existam. É igualmente comunicado ao CA eventuais ocorrências que revistam um caráter especial e urgente de forma a que sejam desencadeadas as ações adequadas.

Por outro lado, é, também, da responsabilidade do SAI o acompanhamento das exposições efetuadas pelos utentes quando feitas através do endereço eletrónico sai.irregularidades@chlo.min-saude.pt permitindo uma avaliação qualitativa e analítica, podendo desencadear a emissão de recomendações.

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

O CHLO possui mecanismos implementados que permitem detetar, avaliar e mitigar a fraude da organização/riscos de corrupção através de vários instrumentos regulatórios nomeadamente o Regulamento Interno, o Código de Ética, o Plano de Prevenção de Risco de Corrupção e Infrações

Conexas, o Regulamento de Sistema de Comunicação de Irregularidades, os Manuais de Procedimentos Administrativos e o próprio Serviço de Auditoria Interna.

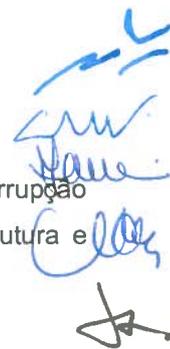
Em conjunto com as atividades de controlo, os instrumentos de monitorização de riscos associados à atividade da organização constituem um suporte ao planeamento estratégico e tomada de decisão pelo Conselho de Administração. Assim, a identificação e comunicação de irregularidades é garantida pelo SAI através da elaboração de um plano de ação, tendo como princípio avaliar e garantir que as regras estabelecidas nos manuais de procedimentos são cumpridas, bem como outras ações de prevenção de fraude. As irregularidades comunicadas por agentes internos ou externos ao SAI são sujeitas a análise preliminar, de forma a certificar:

- o grau de credibilidade da comunicação,
- o caráter irregular do comportamento reportado,
- a viabilidade de averiguação,
- a identificação das pessoas envolvidas ou que tenham conhecimento de fatos relevantes e que, por esse motivo, devam ser confrontadas ou inquiridas;
- após a análise preliminar referida anteriormente, será elaborado um relatório que concluirá pela continuação da averiguação, ou pelo arquivamento do processo.

Quando a comunicação é inconsistente, pouco séria ou inverosímil, o SAI propõem o seu arquivamento, contribuindo para tratamento estatístico, bem como a comunicação ao autor da mesma, acompanhada de súmula dos fundamentos que determinaram tal desfecho. No caso de a comunicação ser consistente e se verifiquem indícios suficientes de que os fatos descritos na mesma possam consubstanciar uma irregularidade nos termos previstos na Cláusula 2ª do Regulamento de Comunicação de Irregularidades, é iniciado e supervisionado pelo SAI um processo de averiguação. Findo este processo de averiguações é elaborado um relatório devidamente fundamentado, com descrição pormenorizada dos factos apurados e apresentará a sua proposta de decisão/ação, que submeterá ao Conselho de Administração.

Sem prejuízo do disposto anteriormente, poderá haver a necessidade de reportar as irregularidades detetadas a entidades externas ou sempre que se registar irregularidades para efeitos de aplicação dos procedimentos previstos, o SAI remeterá a respetiva comunicação para o CA ou para outro serviço por este recomendado, ou, caso se registre um grau de complexidade superior o SAI poderá solicitar ao CA a nomeação de peritos ou auditores externos para o auxiliar na averiguação.

Para além do dispositivo neste ponto e em cumprimento da Recomendação nº 1/2009, de 1 de julho, do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) o Conselho de Administração aprovou, em 30 de julho de 2014, o primeiro Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC) e em 02 de dezembro de 2015, a sua primeira revisão, tendo em consideração a Recomendação n.º 3/2015 do CPC, publicada no DR, 2ª Série, N.º 132 de 9 de julho de 2015.



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

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

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

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

B. Controlo interno e gestão de riscos³

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

O CHLO E.P.E., dispõe de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção. Enquanto

³ Querendo, a entidade poderá incluir síntese ou extrato(s) de Manual ou Código que satisfaça(m) o requerido. Tal formato de prestação da informação implica que o texto seja acompanhado das adequadas referências que permitam identificar as partes da síntese ou extrato(s) que satisfazem cada uma das alíneas.

ao SAI compete efetuar/assegurar a sua avaliação de acordo com o previsto no n.º 1 do artigo n.º 20.º e n.º 1 do artigo 19.º, Anexo II, do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

O Sistema de Controlo Interno compreende um conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos na organização de forma a garantir a execução de uma atividade eficiente que assegure a utilização eficaz dos recursos e ativos, a garantia de continuidade, segurança e qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo de riscos de atividade, da correta e prudente avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição e implementação de mecanismos/procedimentos de prevenção e de proteção do serviço prestado contra atuações danosas ou comprometedoras ao normal funcionamento. A existência de informação económica e financeira e de gestão verdadeira e apropriada que sustente/garante as tomadas de decisão e processos de controlo, quer a nível interno e externo.

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

O cumprimento das disposições legais, regulamentares, deontológicas e profissionais aplicáveis, pelas regras internas, de conduta e de relacionamento vertidas no Código de Ética e Regulamento Interno do CHLO e estatutos, as orientações e recomendações provenientes de entidades externas como o Tribunal de Contas, IGAS e outras.

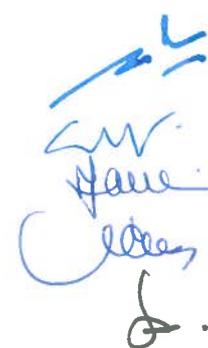
No seguimento destas orientações foram criados instrumentos, pelos diferentes serviços que constituem o CHLO, de forma a reunir e sistematizar um conjunto de informações no desempenho das variadas tarefas, de modo a facilitar a compreensão da sua estrutura atribuições e funcionamento designados de Manuais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

Os mecanismos existentes no CHLO para mitigar o risco e a fraude a nível interno, incluem:

- Serviço de Auditoria Interna;
- Auditor Clínico;
- Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas;
- Regulamento Interno;
- Regulamento de Comunicação de Irregularidades;
- Código de Ética;
- Comissão de Qualidade e Segurança.

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

- Serviço de Auditoria Interna – Etelvino Craveiro;



- Auditor Clínico – Dr. João Fernando Araújo Sequeira;
- Comissão de Qualidade e Segurança- Dra. Suzana Parente (Presidente);
- Comissão de Ética da Saúde (CES) – Prof. Dra. Teresa Marques (Presidente);
- Diretores/Responsáveis de Serviço;
- Outras - vide a alínea d) do n.º 9 do ponto V deste relatório.

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

O CHLO, E.P.E. dispõe de um PGRIC que foi aprovado pelo CA em 30 julho de 2014, revisto em 2015 e aprovado pelo CA, em 02 de dezembro de 2015. Esta revisão consistiu na análise de risco de serviços que até aí não tinham sido considerados no PGRIC, bem como o acrescento de novos riscos, respetivos níveis de Probabilidade de Ocorrência e Escala de Risco dos serviços em controlo, de acordo com a FEDERATION OF EUROPEAN RISK MANAGEMENT ASSOCIATIONS (FERMA) – “A Risk Management Standard” com o objetivo de o tornar o mais abrangente/consistente, eficaz e eficiente (mitigação do risco).

No PGRIC estão identificados:

- os diferentes tipos de riscos inerentes a cada serviço e respetivas áreas de atividade;
- a sua probabilidade de ocorrência e a escala de risco (em termos de alta, média e baixa);
- os mecanismos de controlo interno existentes;
- as medidas de melhoria (preventivas/corretivas) propostas para fazer face aos mesmos,
- o(s) responsável(eis) pela sua implementação e respetivos prazos de execução,

como se pode verificar na matriz abaixo indicada, como e.g.:

Handwritten signatures and initials in blue ink.

Serviço:	Serviço de Logística e Distribuição
Atividade / Área:	Armazéns
Diretor de Serviço:	Susana Teotónio Pereira

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)	
1	Conluio entre fornecedores e colaboradores dos armazéns	Baixa	Baixa	Contagens periódicas e Inventário de final de ano; Diferentes níveis de conferência de existências; Promoção da segregação de funções	
	Plano de Ação				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
Contagens periódicas e Inventário de final de ano;	DSL D	Mensal e Anual	Em Execução		

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

http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/Plano_GRCIC_1%20revisao.pdf

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

O Serviço de Auditoria Interna e a Comissão de Qualidade e Segurança do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE., dependem em termos orgânicos da Sra. Presidente do CA e do CA, respetivamente.

Registe-se que existem outras comissões conforme referido.

5.Existência de outras áreas funcionais com competências no controlo de riscos.

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

Por sua vez, tendo em conta as especificidades de certos tipos de riscos existem áreas funcionais com competências para a gestão e o controlo dos mesmos, destas se destacando áreas específicas, nomeadamente o risco clínico no âmbito da Comissão da Qualidade e Segurança.

Acresce ainda, a nomeação de um Auditor Clínico em 3 de janeiro de 2014, no âmbito do Departamento da Qualidade, de acordo com a alínea a), n.º 2, do Artigo 56.º do Regulamento Interno do CHLO.

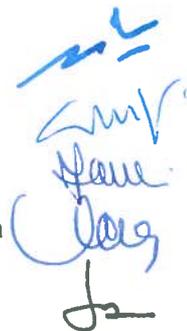
6. Identificação e descrição dos principais tipos de riscos (económicos, financeiros, operacionais e jurídicos) a que a entidade se expõe no exercício da atividade.

Riscos financeiros:

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

Riscos operacionais:

- Fraca autonomia de Gestão;
- Edifícios e parque de equipamentos muito envelhecidos;
- Dificuldade na realização de novos investimentos;
- Constrangimentos na contratação de novos profissionais para algumas áreas;
- Dificuldade em assegurar a permanência de alguns profissionais face às condições mais favoráveis que o setor privado apresenta;
- Dificuldade na gestão/redução de listas de espera de algumas especialidades;
- Deficiente resposta de Cuidados Primários;
- Deficiente resposta de Cuidados Continuados;
- Ausências de modelos organizacionais suporte da doença crónica;
- Legislação laboral muito restritiva.



Riscos jurídicos:

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

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

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

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

O PGRIC assume particular importância na descrição de tais riscos, classificados por serviço conforme listados anteriormente (*vide ponto '2 - Indicação das políticas antifraude adotadas e identificação de ferramentas existentes com vista à mitigação e prevenção de fraude organizacional'*), bem como os respetivos planos de ação na mitigação de tais riscos.

O PGRIC do CHLO, encontra-se disponível para consulta no seguinte link: http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/Plano_GRIC_1%20revisao.pdf

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

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

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

A ação do SAI assume primordial importância na execução e otimização da gestão da investigação face à suspeita da prática de fraude, na análise transversal, objetiva e isenta dos riscos, emitindo recomendações de melhoria dos princípios de controlo interno, em total respeito com os princípios

éticos da Instituição. Esta ação é determinante na mitigação do risco, servindo de combate à fraude/ocorrência, mesmo antes (e evitando) do acontecimento.

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

Este plano deve ser dinâmico, devendo ser revisto quando os riscos e os mecanismos de ação nele contemplados não ofereçam a garantia suficiente no combate ao risco ou fraude, é também alvo de Relatórios Anuais de Execução (em cumprimento do estabelecido na alínea d) do ponto 1.1, da Recomendação n.º 1/2009 do CPC), os quais são disponibilizados para divulgação na internet e intranet do CHLO, bem como as entidades:

- ✓ Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC);
- ✓ Órgãos de superintendência, tutela e controlo (MS, ARSLVT, ACSS, IGAS, DGTF e IGF).

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

Para o feito, o SAI procede à recolha de informação atualizada de cada serviço, com base num questionário previamente aprovado pelo CA, a qual é avaliada e mesmo testada por via de amostragem. Os resultados dos testes permitem ao SAI propor um conjunto de recomendações no sentido de melhorar o PGRIC. Apesar desta ação ser realizada numa base anual, a vigilância e prevenção deve ser considerada permanente, permitindo a intervenção do SAI a qualquer momento, face a acontecimentos que assim o exijam.

8.Principais elementos do SCI e de gestão de risco implementados na entidade relativamente ao processo de divulgação de informação financeira.

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

Para que o Plano venha a ser, na prática, profícuo e mais eficiente, é exigível a nível interno a participação global de todos os colaboradores para a melhoria na eficácia dos processos, e fomento

de maior eficiência no debate e na divulgação dos princípios éticos e de boa gestão dentro da organização. A construção de uma Cultura de Boas Práticas, global e generalizada, com base em alertas e campanhas de sensibilização, vem solidificar a implementação e execução do PGRCIC. Adicionalmente, em obediência aos princípios da Transparência e Conformidade, todo o processo de divulgação de informação financeira é reportado, acompanhado e validado por entidades externas, nomeadamente, o Tribunal de Contas, a IGF, a DGTF e a ACSS.

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

A função de fiscalização assegurada no passado pelo Fiscal Único, enquanto órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do CHLO, EPE, assegurava especificamente a verificação da regularidade dos registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte, assim como dar parecer sobre o relatório de gestão do exercício e certificar as contas.

Atualmente, o CHLO, EPE, tem como órgão fiscalizador o Conselho Fiscal nomeado pelo despacho conjunto, de novembro de 2017, proferido pelo Senhor Secretário de Estado do Tesouro e pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde, cujas competências estão mencionadas no Anexo II, nos pontos 1 e 2 do Artigo 16.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

C.Regulamentos e Códigos

1.Referência sumária aos regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a entidade está legalmente obrigada, com apresentação dos aspetos mais relevantes e de maior importância. Indicação onde este se encontra disponível para consulta.

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

O CHLO rege-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades constantes do Decreto-Lei n.º18/2017, de 10 de fevereiro,e seus anexos I e II http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/centro_hospitalar/Decreto-Lei_18_2017_Estatutos.pdf pelas normas em vigor para o SNS que os não contrariem e pelo seu Regulamento Interno

(http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/centro_hospitalar/Regulamento1.pdf)

(http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/Adaptacao_RI_04032016.pdf), homologado
Ministério da Saúde.



2.Referência à existência de um código de ética, com a data da última atualização, que contemple exigentes comportamentos éticos e deontológicos. Indicação onde este se encontra disponível para consulta, assim como indicação da forma como é efetuada a sua divulgação junto dos seus colaboradores, clientes e fornecedores. Informação sobre as medidas vigentes tendo em vista garantir um tratamento equitativo junto dos seus clientes e fornecedores e demais titulares de interesses legítimos, designadamente colaboradores da entidade, ou outros credores que não fornecedores ou, de um modo geral, qualquer entidade que estabeleça alguma relação jurídica com a entidade (vide artigo 47.º do RJSPE).

O Código de Ética no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental foi aprovado em 13 de dezembro de 2012 e corresponde, não só ao cumprimento dos dispositivos legais aplicáveis, designadamente a Resolução de Conselho de Ministro 49/2007, mas também a um instrumento que visa a realização dos objetivos e da missão da instituição.

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

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

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

- a) Zelar, no âmbito do funcionamento da instituição ou serviço de saúde respetivo, pela salvaguarda da dignidade e integridade humanas;
- b) Emitir, por sua iniciativa ou por solicitação, pareceres sobre questões éticas no domínio das atividades da instituição ou serviço de saúde respetivo;
- c) Pronunciar-se sobre os protocolos de investigação científica, nomeadamente os que se refiram a ensaios de diagnóstico ou terapêutica e técnicas experimentais que envolvem seres humanos e seus produtos biológicos, celebrados no âmbito da instituição ou serviço de saúde respetivo;

- d) Pronunciar-se sobre os pedidos de autorização para a realização de ensaios clínicos da instituição ou serviço de saúde respetivo e fiscalizar a sua execução, em especial no que respeita aos aspetos éticos e à segurança e integridade dos sujeitos do ensaio clínico;
- e) Pronunciar-se sobre a suspensão ou revogação da autorização para a realização de ensaios clínicos na instituição ou serviço de saúde respetivo;
- f) Reconhecer a qualificação científica adequada para a realização de ensaios clínicos, relativamente aos médicos da instituição ou serviço de saúde respetivo;
- g) Promover a divulgação dos princípios gerais da bioética pelos meios julgados adequados, designadamente através de estudos, pareceres ou outros documentos, no âmbito dos profissionais de saúde da instituição ou serviço de saúde respetivo.

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

O Código de Ética está devidamente publicado e divulgado junto dos colaboradores, clientes e fornecedores no sítio da intranet

(http://intranet/organizacao/informacao_de_gestao/Codigo%20de%20etica%20%20CHLO/CodigoCondutaEtica.pdf) e internet do CHLO (<http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/CodigoCondutaEtica.pdf>).

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

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

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

3.Referência à existência do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC) para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros), assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação. Indicação relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor relativas à prevenção da corrupção e sobre a elaboração do Relatório Identificativo das Ocorrências, ou Risco de Ocorrências (vide alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro). Indicação do local no sítio da entidade onde se encontra publicitado o respetivo Relatório Anual de Execução do PGRIC (vide artigo 46.º do RJSPE).

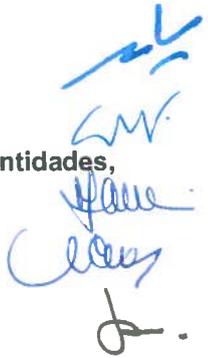
O CHLO dispõe de um PGRIC considerando-o um instrumento fundamental para a gestão. Este deve ser entendido como dinâmico, sujeito a um aperfeiçoamento contínuo, resultante da sua monitorização/avaliação, através da experiência que vai sendo adquirida, da consideração de novas situações que vão surgindo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

O Relatório Anual da Execução do PGRIC do ano de 2017, cujo objetivo foi verificar e avaliar a implementação/execução das medidas de melhoria (preventivas/corretivas) que constam no Plano tendo em consideração os prazos definidos, no sentido de mitigar ou dirimir os riscos correspondentes, está publicado no Portal do SNS e no site (Intranet e Internet) do CHLO, E.P.E., cujo link de acesso é o seguinte: http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/RelatorioPlanoGestaoRisco_2017.pdf

O PGRIC está publicado no Portal do SNS e no site da Internet da instituição no seguinte endereço: http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/Plano_GRIC_1%20revisao.pdf

D)Deveres especiais de informação

1.Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de informação a que a entidade se encontra sujeita, nomeadamente os relativos ao reporte de informação económica e financeira (vide alíneas d) a i) do n.º1 do artigo 44.º do RJSPE), a saber:



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

Não existem

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

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

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

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

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

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

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

d) Orçamento anual e plurianual;

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

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

e) Documentos anuais de prestação de contas;

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

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

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

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

2. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de transparência a que a entidade se encontra sujeita, nomeadamente os relativos a informação a prestar anualmente ao titular da função acionista e ao público em geral sobre o modo como foi prosseguida a sua missão, do grau de cumprimento dos seus objetivos, da forma como foi cumprida a política de responsabilidade social, de desenvolvimento sustentável e os termos de prestação do serviço público, e em que medida foi salvaguardada a sua competitividade, designadamente pela via da investigação, do desenvolvimento, da inovação e da integração de novas tecnologias no processo produtivo (vide n.º 1 do artigo 45.º do RJSPE).

SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

E) Sítio da Internet

1. Indicação dos endereços e divulgação da informação disponibilizada, designadamente.

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

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

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

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

http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/centro_hospitalar/Certidao_Permanente.pdf

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

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

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

c) Identificação dos titulares dos órgãos sociais e outros órgãos estatutários;

http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/Relatorio_Contas_2017.pdf

d) Documentos de prestação de contas anuais⁴ e caso aplicável, as semestrais;

<http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/informacao-de-gestao/relatorio-e-contas>

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

http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Contratualizacao_Cuidados_SNS_Termos_Referencia_2017.pdf

http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/CP_2017-2019_CHLO_.pdf

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

http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/Esforco_Financeiro_Publico_2017.pdf

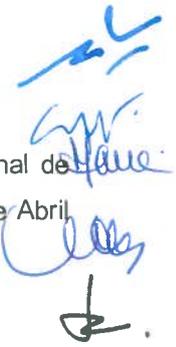
F) Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral

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

- Contrato Programa para o triénio 2017-2019 celebrado entre a ARSLVT (Administração Regional de Saúde de Lisboa) e o CHLO, EPE (Centro Hospital de Lisboa Ocidental, EPE) em 30 de Dezembro de 2016;
- Acordo Modificativo ao Contrato Programa 2018 celebrado entre a ARSLVT (Administração Regional de Saúde de Lisboa) e o CHLO, EPE (Centro Hospital de Lisboa Ocidental, EPE) em 28 de Dezembro de 2017;

⁴ Que devem estar acessíveis pelo menos durante cinco anos

- Adenda ao Acordo Modificativo 2018 celebrado entre a ARSLVT (Administração Regional de Saúde de Lisboa) e o CHLO, EPE (Centro Hospital de Lisboa Ocidental, EPE) em 30 de Abril de 2019.



2.Exposição das propostas de contratualização da prestação de serviço público apresentadas ao titular da função acionista e ao membro do governo responsável pelo respetivo setor de atividade (vide n.ºs 1, 2 e 4 do artigo 48.º do RJSPE), das quais deverão constar os seguintes elementos:

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

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

Handwritten notes and signatures:
 ML
 SW
 Havel
 C. Alves
 J.

Contratualização					
December 2019	December 2019	December 2019	December 2019	December 2019	December 2019
Estimado (Ano N-1)	Estimado (Ano N-1)	Acumulado (Ano N)	Acumulado (Ano N)	Acumulado (Ano N+1)	Acumulado (Ano N+1)
Produção Total	Produção SNS	Produção Total	Produção SNS	Produção Total	Produção SNS

Consultas Externas						
Nº Total Consultas Médicas	463.129	451.974	470.425	460.438	484.537	474.250
Primeiras Consultas	114.595	113.761	123.980	123.177	127.698	126.871
Primeiras Consultas com origem nos CSP referenciadas via CTH	34.216	34.216	39.435	39.435	40.618	40.618
Primeiras Consultas Telemedicina em tempo real	151	151	135	135	139	139
Primeiras Consultas de Saúde Mental na Comunidade	1.157	1.150	1.149	1.142	1.183	1.176
Primeiras Consultas Centros Ref.	5.036	5.006	5.166	5.135	5.321	5.289
Primeiras Consultas CRI	0	0	7.276	7.276	7.494	7.494
Primeiras Consultas Descentralizadas nos CSP	0	0	80	80	82	82
Primeiras Consultas Cuidados Paliativos	78	78	100	100	103	103
Primeiras Consultas (sem majoração de preço)	73.957	73.160	70.639	69.874	72.758	71.970
Consultas Subsequentes	348.534	338.213	346.445	337.261	356.839	347.379
Consultas Subsequentes Telemedicina em tempo real	0	0	0	0	0	0
Consultas Subsequentes de Saúde Mental na Comunidade	12.804	12.778	13.033	13.007	13.424	13.397
Consultas Subsequentes Centros Ref.	13.638	13.611	13.687	13.660	14.098	14.070
Consultas Subsequentes CRI	0	0	20.779	20.779	21.402	21.402
Consultas Subsequentes Descentralizadas nos CSP	0	0	170	170	175	175
Consultas Subsequentes Cuidados Paliativos	55	55	288	288	297	297
Consultas Subsequentes (sem majoração de preço)	322.037	311.769	298.488	289.357	307.443	298.038
Internamento						
Doentes Saídos - Agudos						
D. Saídos - GDH Médicos (Total)	15.359	15.224	15.205	15.076	15.661	15.528
GDH Médicos	15.051	14.921	14.403	14.279	14.835	14.707
GDH Médicos Int. Centros Ref.	199	194	197	192	203	198
GDH Médicos Int. CRI	0	0	496	496	511	511
GDH Médicos Int. Cuidados Paliativos	109	109	109	109	112	112
GDH Cirúrgicos	11.898	11.681	12.289	12.091	12.659	12.455
D. Saídos - GDH Cirúrgicos Programados (Total)	6.832	6.794	7.216	7.179	7.433	7.394
GDH Cirúrgicos Programados	6.407	6.387	5.572	5.554	5.739	5.720
GDH Cirúrgicos Int. Centros Ref.	425	407	465	446	479	459
GDH Cirúrgicos Int. CRI	0	0	1.179	1.179	1.215	1.215
D. Saídos - GDH Cirúrgicos Urg (Total)	5.066	4.887	5.073	4.912	5.226	5.061
GDH Cirúrgicos - Urgentes	4.773	4.608	4.259	4.112	4.387	4.236
GDH Cirúrgicos Urgentes Centros Ref.	293	279	293	279	302	288
GDH Cirúrgicos Urgentes CRI	0	0	521	521	537	537
Doentes Tratados Residentes/Crónicos						
Psiquiatria-No Exterior (Ordens Religiosas)	40	40	40	40	40	40
Doentes Crónicos Ventilados	0	0	1	1	1	1
Dias de Internamento Doentes Residentes/Crónicos						
Psiquiatria-No Exterior (Ordens Religiosas)	1.930	1.930	1.960	1.960	2.019	2.019
Doentes Crónicos Ventilados	0	0	365	365	376	376

Handwritten notes:
 ✓
 com
 Haver
 100%

	Contratualização					
	December 2019 Estimado (Ano N-1)	December 2019 Estimado (Ano N-1)	December 2019 Acumulado (Ano N)	December 2019 Acumulado (Ano N)	December 2019 Acumulado (Ano N+1)	December 2019 Acumulado (Ano N+1)
	Produção Total	Produção SNS	Produção Total	Produção SNS	Produção Total	Produção SNS
Urgência						
Total de Atendimentos	158.618	152.749	161.202	155.721	161.202	155.722
Total de Atendimentos SU Polivalente	158.618	152.749	161.202	155.721	161.202	155.722
N.º de Atendimentos (sem Internamento)	145.890	140.492	144.577	139.228	144.577	139.083
Total Atendimentos SU Polivalente	145.890	140.492	144.577	139.228	144.577	139.083
Hospital de Dia						
Hematologia						
Imuno-hemoterapia	2.988	2.985	3.056	3.053	3.148	3.145
Psiquiatria (Adultos e Infância e Adolescência)	6.170	6.170	6.164	6.164	6.349	6.349
SMC (Adultos e Infância e Adolescência)						
Base (Pediatría+Pneumologia+Oncologia s/Químio+Outros)	12.341	12.334	12.358	12.356	12.729	12.727
Cuidados Paliativos	0	0	0	0	0	0
Serviços Domiciliários						
Total de Domicílios	274	274	287	287	296	296
Hospitalização Domiciliária	0	0	250	250	258	258
GDH Ambulatório						
GDH Médicos de Ambulatório (Total)	10.891	10.870	10.962	10.933	11.291	11.261
GDH Médicos	10.891	10.870	10.384	10.355	10.696	10.666
GDH Médicos Amb. Centros Ref.	0	0	0	0	0	0
GDH Médicos Amb. CRI	0	0	578	578	595	595
GDH Cirúrgicos de Ambulatório (Total)	8.928	8.850	10.398	10.297	10.710	10.606
GDH Cirúrgicos	8.928	8.850	9.964	9.863	10.263	10.159
GDH Cirúrgicos Amb. Centros Ref.	0	0	0	0	0	0
GDH Cirúrgicos Amb. CRI	0	0	434	434	447	447
Doentes em Tratamento de Diálise Peritoneal	70		70		70	
Colocação de Implantes Cocleares	31	31	50	50	51	51
Implante coclear unilateral	29	29	40	40	41	41
Implante coclear bilateral	2	2	10	10	10	10
Programas de Saúde						
VIH/Sida - Total de Doentes Equivalente/Ano	2.588	2.588	2.486	2.486	2.486	2.486
VIH/Sida - N.º Doentes em TARC (1º e 2º Linha)	147	147	141	141	141	141
VIH/Sida - Doentes Transitados TARC (1º e 2º Linha)	2.441	2.441	2.345	2.345	2.345	2.345
VIH/Sida - Outros Doentes TARC (outros esquemas não abrangidos na 1ª e 2ª linha)						
IG até 10 Semanas						
IG até 10 semanas - N.º IG Medicamentosa em Amb.	6	6	5	5	5	5
IG até 10 semanas - N.º IG Cirúrgica em Amb.	398	398	396	396	408	408
Esclerose Múltipla - Total de Doentes Equivalente/Ano	268	268	262	262	270	270
N.º Doentes em Tratamento - EDSS <= 3,5 até um surto por ano	218	218	213	213	220	220
N.º Doentes em Tratamento - EDSS <= 3,5 até dois surtos por ano						
N.º Doentes em Tratamento - 4 <= EDSS <= 6,5	48	48	47	47	48	48
N.º Doentes em Tratamento - 7 <= EDSS <= 8	2	2	2	2	2	2
Hepatite C						
Nº Doentes Tratados (indivíduos)	147	147	274	274	282	282
Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Tratamento						
Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Tratamento - 1º ano	160,00	160,00	160,00	160,00	165,00	165,00
Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Tratamento - 2º ano	158,00	158,00	158,00	158,00	163,00	163,00

Handwritten notes:
 ML
 LNW
 Hane
 CCB
 ↓

Contratualização					
December 2019 Estimado (Ano N-1)	December 2019 Estimado (Ano N-1)	December 2019 Acumulado (Ano N)	December 2019 Acumulado (Ano N)	December 2019 Acumulado (Ano N+1)	December 2019 Acumulado (Ano N+1)
Produção Total	Produção SNS	Produção Total	Produção SNS	Produção Total	Produção SNS

Rastreios - Nº de Rastreios					
Rastreio do Cancro do Colo do Útero					
Rastreio do Cancro do Cólon e Reto	6,00	6,00	103,00	103,00	106,00
Telemonitorização DPOC					
Elementos de Telemonitorização DPOC			40,00	40,00	41,00
N.º Doentes em Tratamento DPOC (doente equivalente/ano)			23,00	23,00	24,00
Telemonitorização status pós Enfarte Agudo do Miocárdio					
Elementos de Telemonitorização EAM	0,00	0,00	60,00	60,00	60,00
N.º Doentes em Tratamento EAM (doente equivalente/ano)	12,00	12,00	59,50	59,50	59,50
Telemonitorização status da Insuficiência Cardíaca Crónica					
Elementos de Telemonitorização ICC	0,00	0,00	60,00	60,00	62,00
N.º Doentes em Tratamento ICC (doente equivalente/ano)	19,00	19,00	66,50	66,50	68,00
PSCI (Centros de Tratamento Autorizados pela DGS)					
Doentes novos (Cuidados 1º ano) (doente equivalente/ano)	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00
Doentes em Seguimento (Cuidados 2º ano e seguintes) (doente equivalente/ano)	34,00	34,00	34,00	34,00	35,00
Doenças Lisossomais Doentes de CTP quando acompanhados em CTP					
Doença de Fabry - N.º Doentes em Tratamento CTP	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Doença de Pompe - N.º Doentes em Tratamento CTP	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO)					
Nº Doentes com Pré-Avaliação e Cirurgia Bariátrica - Cirurgia de Bypass Gástrica	55,00	55,00	85,00	85,00	88,00
Cirurgia de Bypass Gástrica - 1º ano de follow-up			70,00	70,00	72,00
Cirurgia de Bypass Gástrica - 2º ano de follow-up			0,00	0,00	0,00
PTCO - Outras Técnicas			30,00	30,00	31,00
PTCO - Outras Técnicas Modelo 1			0,00	0,00	0,00
PTCO - Outras Técnicas Modelo 2			30,00	30,00	31,00
Perturbações Mentais Graves					
Psicoses esquizofrénicas (Doente Eq. Ano)	0,00	0,00	70,00	70,00	72,00
Psicoses afetivas (Doente Eq. Ano)	0,00	0,00	100,00	100,00	103,00
Psicoses não orgánicas (Doente Eq. Ano)	0,00	0,00	20,00	20,00	21,00
Medicamentos					
Disp. Gratuita em Ambul. c/ suporte legal e da responsabilidade financeira do Hospital	5.905.245,41	4.462.159,99	5.866.108,59	4.462.230,17	5.983.430,76
Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos no					
Programa de Incentivo à Integração de Cuidados	209.244,43	209.244,43	274.522,68	274.522,68	250.000,00
Sistema de Apoio de Ajudas Técnicas (SAPA)					
Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio	252.147,28	252.147,28	252.147,28	252.147,28	257.190,23

Handwritten notes in blue ink:
L.V.
L.V.
Haver
C. Dias
f.

VII. Remunerações

A. Competência para a Determinação

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

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

2. Identificação dos mecanismos⁵ adotados para prevenir a existência de conflitos de interesses, atuais ou potenciais, entre os membros de órgãos ou comissões societárias e a entidade, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas (vide artigo 51.º do RJSPE).

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

3. Apresentação de declaração dos membros do órgão de administração a referir que estes se abstêm de interferir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses.

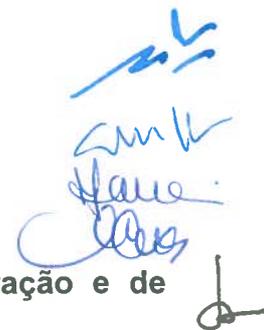
Ver anexo.

B. Comissão de Fixação de Remunerações

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

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

⁵ Mecanismos diversos dos inerentes às declarações a que se refere o ponto 3, seguinte.



C. Estrutura das Remunerações

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

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

A política de remuneração do Órgão de Fiscalização obedece ao estabelecido no Despacho Conjunto Finanças e Saúde, datado de 23 e 28/11/2017. A sua remuneração foi fixada no próprio despacho de nomeação, não auferindo os elementos deste órgão qualquer outro tipo de benefícios proporcionados pelo CHLO.

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

Conselho de Administração:

Remuneração base 14 vezes por ano

Despesas de representação 12 vezes por ano.

Conselho Fiscal:

As remunerações mensais ilíquidas dos membros do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. são:

Efetivo (na qualidade de presidente): 1.362,02 euros, a pagar catorze vezes ao ano; e

Efetivo: 1.021,51 euros, a pagar catorze vezes ao ano.

Aos valores mensais determinados serão aplicadas as disposições legalmente vigentes que os tomem por objeto.

Handwritten signature in blue ink, possibly reading "C. M. F. Alves".

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

Não existe

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

Não existe

5.Parâmetros e fundamentos definidos no contrato de gestão para efeitos de atribuição de prémio.

Não existe

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

Não existe

D.Divulgação das Remunerações

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

(euros)

Nome	EGP			
	Fixado (SN)	Classificação (A/B/C)*	Remuneração mensal bruta	
			Vencimento mensal	Despesas Representação
Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	N	B	5.098,37	1.663,60
Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva	S	B	3.891,47	1.556,59
Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	S	B	3.891,47	1.556,59
Dr. José Manuel Fernandes Correia	N	B	4.319,46	1.330,88
Enf.ª Fernanda Maria da Rosa	S	B	3.891,47	1.556,59

Nota: EGP: Estatuto do Gestor Público

*Classificação atribuída ao CHLO (RCM n.º 36/12 de 26 de Março)

(euros)

Nome	Remuneração Anual				
	Fixa (1)	Variável (2)	Valor Bruto (3)=(1)+(2)	Reduções Remuneratórias (4)	Valor Bruto Final (5)=(3)-(4)
Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	85.998,14		85.998,14	3.972,12	82.026,02
Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva	69.346,06		69.346,06	3.268,80	66.077,26
Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	69.346,06		69.346,06	3.268,80	66.077,26
Dr. José Manuel Fernandes Correia	71.574,20		71.574,20	3.262,80	68.311,40
Enf.ª Fernanda Maria da Rosa	69.346,06		69.346,06	3.268,80	66.077,26
Total			365.610,52	17.041,32	348.569,20

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

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

(euros)

Nome	Benefícios Sociais							
	Sub. Refeição		Regime de Protecção Social		Encargo Anual	Encargo Anual	Outros	
	Valor/Dia	Montante pago Ano	Identificar	Encargo Anual	Seguro de Saúde	Seguro de Vida	Identificar	Valor
Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	4,77	1.049,40	ADSE/CGA	11.700,47				
Dr.ª Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva	4,77	1.101,87	ADSE/CGA	8.775,34				
Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	4,77	1.125,72	Seg Social	7.628,04				
Dr. José Manuel Fernandes Correia	4,77	1.068,48	ADSE/CGA	9.834,68				
Enf.ª Fernanda Maria da Rosa	4,77	1.163,88	ADSE/CGA	8.809,92				
Total		5.509,35		48.748,45	0,00	0,00		0,00

2. Montantes pagos, por outras entidades em relação de domínio ou de grupo ou que se encontrem sujeita a um domínio comum.

Não existe

3. Remuneração paga sob a forma de participação nos lucros e/ou de pagamento de prémios e os motivos por que tais prémios e/ou participação nos lucros foram concedidos.

Não existe

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

Não existe

5. Montante anual da remuneração auferida, de forma agregada e individual, pelos membros do órgão de fiscalização da entidade.

CONSELHO FISCAL

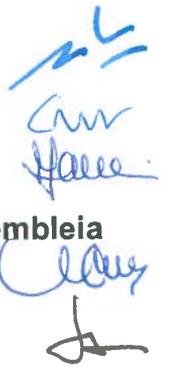
(euros)

Mandato	Cargo	Nome	Designação		Estatuto Remuneratório Fixado Mensal	N.º Mandatos
			Forma (1)	Data		
2017-2019	Presidente	Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida	Despacho		1 362,02	1
	Vogal	Dr.ª Anabela Mendes Garcia Barata	Finanças e	28/11/2017	1 021,51	
	Vogal	Dr. Carlos António Lopes Pereira	Saúde de 23		1 021,51	
	Vogal Suplente	Dr.ª Maria de Lurdes Pereira Moreira Correia de Castro	e 28/11/2017			

(1) AG/DUE/despacho

(euros)

Nome	Remuneração Anual		
	Bruto (1)	Reduções Remuneratórias (2)	Valor Bruto Final (3)= (1)-(2)
Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida	19.068,28		19.068,28
Dr.ª Anabela Mendes Garcia Barata	14.301,14		14.301,14
Dr. Carlos António Lopes Pereira	14.301,14		14.301,14
Dr.ª Maria de Lurdes Pereira Moreira Correia de Castro	0,00		0,00
Total			47.670,56



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

Não existe

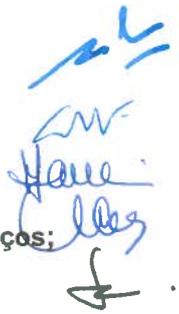
VIII) Transações com partes Relacionadas e Outras

1. Mecanismos implementados pela entidade para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas e indicação das transações que foram sujeitas a controlo.

Não foram efetuadas transações com partes relacionadas. No entanto, o CHLO sujeita-se, na celebração de quaisquer contratos de aquisição de bens, obras e serviços, mas também concessões (de obras e serviços públicos), ao regime procedimental previsto na parte II do Código dos Contratos Públicos (CCP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, na sua redação atual. Dito de outro modo, todo e qualquer contrato que envolva prestações típicas daqueles contratos (e só destes; cfr. artigo 6.º, n.º 2, do CCP) que seja celebrado pelo Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. é sempre precedido por um dos procedimentos legalmente tipificados naquele diploma legal, sendo aferido caso a caso, de acordo com o critério geral de escolha do procedimento (artigos 17.º, 18.º e 20.º, todos do CPP) e com os critérios materiais (cfr. artigos 24.º e ss.), qual o procedimento em concreto aplicável.

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

Finalmente, merece ainda destaque, no caso específico da aquisição de medicamentos e de material de consumo clínico, as aquisições que são efetuadas ao abrigo dos Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA) na área da Saúde, mediante convite à apresentação de proposta dirigido apenas aos operadores económicos que sejam partes naqueles CPA, mediante o procedimento pré-contratual previsto no artigo 259.º do CCP.



2. Informação sobre outras transações:

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

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

Um dos traços mais marcantes do referido carácter jurídico-público é a sujeição da celebração de quaisquer contratos de aquisição de bens, obras e serviços, mas também concessões (de obras e serviços públicos), ao regime procedimental previsto na parte II do Código dos Contratos Públicos (CCP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, na sua redação atual. Dito de outro modo, todo e qualquer contrato que envolva prestações típicas daqueles contratos (e só destes; cfr. artigo 6.º, n.º 2, do CCP) que seja celebrado pelo Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. é sempre precedido por um dos procedimentos legalmente tipificados naquele diploma legal, sendo aferido caso a caso, de acordo com o critério geral de escolha do procedimento (artigos 17.º, 18.º e 20.º, todos do CPP) e com os critérios materiais (cfr. artigos 24.º e ss.), qual o procedimento em concreto aplicável.

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

Finalmente, merece destaque, no caso específico da aquisição de medicamentos e de material de consumo clínico, as aquisições que são efetuadas ao abrigo dos Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA) na área da Saúde, mediante convite à apresentação de proposta dirigido apenas aos operadores económicos que sejam partes naqueles CPA, mediante o procedimento pré-contratual previsto no artigo 259.º do CCP. Merecem ainda destaque as aquisições centralizadas promovidas pela SPMS nos termos do Despacho n.º 1571-B/2016, publicado no Diário da República, 2ª Série, n.º 21, 1 de fevereiro de 2016.

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

Não existem.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

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

	(euros)
	2018
SUCH-SERV UTILIZ COMUM HOSPITAIS	7.339.145
HOSPITAL ORTOPEDICO DE SANTANA	2.374.474
SAFIRA FACILITY SERVICES,SA	2.349.385
IBERDROLA CLIENTES PORTUGAL, UNIPessoal LDA	1.871.990
INSTITUTO PORTUGUÊS SANGUE E DA TRANSPLATAÇÃO, IP	1.669.470

IX) Análise de sustentabilidade da entidade nos domínios económico, social e ambiental

1. Estratégias adotadas e grau de cumprimento das metas fixadas

Esta informação consta do ponto II.2. anterior.

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

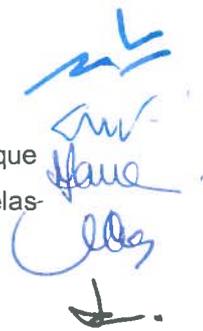
As metas propostas para o triénio 2017 – 2019, garante das grandes opções do Plano Nacional de Saúde são:

- Promoção da Saúde, valorizando a Educação, a Literacia e os Autocuidados;
- Redução da desigualdade no acesso;
- Melhorar a gestão do Centro Hospitalar, nomeadamente naquilo que respeita à circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do sector e à aplicação das tecnologias de informação à medicina, nomeadamente, a telemedicina e a tele monitorização;
- Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos, promovendo a autonomia técnica e a participação dos profissionais e equipas;
- Melhorar a governação, aprofundando competências organizacionais e de controlo de gestão para a redução das ineficiências, incentivando a transparência e a cultura da prestação de contas;
- Melhorar a qualidade, explorando as tecnologias de informação e comunicação.

As medidas de carácter assistencial e de organização da produção/capacidade instalada, que foram discutidas e implementadas pelas ARSLVT e ACSS para o CHLO, alinhadas com as metas acima apresentadas, são:

- Melhorar o acesso aos cuidados de saúde;
- Melhorar a qualidade assistencial;
- Otimizar a gestão do medicamento;
- Internalizar os MCDT's no SNS;
- Melhorar a integração de cuidados (articulação com os Cuidados Primários);
- Garantir a sustentabilidade financeira.

No âmbito destas medidas, foi elaborado um plano de acções muito concreto e objectivo, que já estabelece uma ponte entre as diversas atividades desenvolvidas até ao momento e aquelas que se objectivam vir a desenvolver.



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

a) Definição de uma política de responsabilidade social e de desenvolvimento sustentável e dos termos do serviço público prestado, designadamente no âmbito da proteção dos consumidores (vide artigo 49.º do RJSPE);

A política de responsabilidade social, subjacente na missão, visão e valores da organização, assenta em princípios que promovem, por um lado, os seus colaboradores, e por outro, os doentes e a comunidade em geral, no que se refere a:

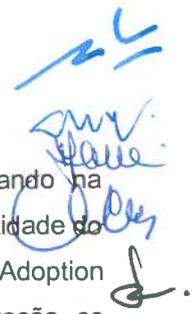
- À igualdade de direitos e oportunidades
- Uma atuação ética assente no respeito pelo indivíduo
- À adequada aplicação da lei e respeito pelos seus representantes
- À confiança e rigor nas relações empresariais, sejam entre pares ou entre terceiros

Especificamente para os colaboradores:

- À oportunidade de trabalho e ao desenvolvimento pessoal e profissional

São disso exemplos:

1. Os melhoramentos introduzidos ao nível das instalações, quer de renovação quer de adaptação;
2. A aquisição de novos equipamentos de diagnóstico;
3. A prescrição de medicamentos inovadores, sempre que aplicável;
4. A preocupação na divulgação e esclarecimento do "Consentimento informado";
5. Melhoramentos ao nível da acessibilidade, nomeadamente, na redução dos tempos em lista de espera;
6. A disponibilização de transporte a carenciados;
7. O aumento da medicina preventiva, as palestras e as sessões de esclarecimento;
8. A aposta cada vez mais exigente do voluntariado;
9. A obrigatoriedade de publicação de toda a informação respeitante aos direitos dos utentes, no site oficial do CHLO;



A um outro nível, o CHLO está a posicionar-se como elemento de charneira, avançando na desmaterialização do processo clínico (sentido lato) com o objetivo de poder ser a primeira entidade do SNS a obter a certificação Nível 6 do HIMSS, Analytics EMRAM (Electronic Medical Records Adoption Model). Para a sua obtenção foram designados alvos de reengenharia e desmaterialização os processos dos Serviços de Medicina e Cirurgia I, do HSFIX, e serviços suporte, Farmácia, Patologia Clínica e Radiologia, que servirão de piloto e exemplo para os demais serviços clínicos do CHLO, não deixando, contudo, de se atender a demais necessidades.

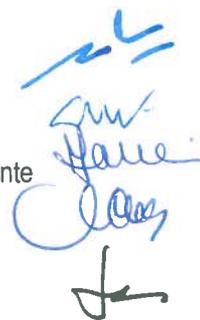
Devem destacar-se as medidas tomadas no âmbito da informatização clínica incluindo a prescrição electrónica, a desmaterialização da informação dos processos clínicos, certificação do óbito, bem como de outras medidas particulares de carácter mais limitado a serviços específicos, onde foram introduzidas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

Durante o ano de 2018, foi efectuado um esforço na substituição de computadores pessoais de forma a permitir que os profissionais do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental usufruam de equipamentos com melhor capacidade de desempenho e que possibilitem um melhor atendimento aos utentes.

Também com o intuito na melhoria do atendimento aos utentes continuou-se a expansão a todo o Centro Hospitalar do sistema de atendimento automático a utentes, com quiosques e monitores que permitem a visualização de informação nas áreas de consultas externas.

A *app* MyCHLO - permite também a interacção directa do utente com o Centro Hospitalar, seja para a desmarcação de consultas e/ou na resposta a inquéritos de satisfação - assim como o simples envio de SMS's a informar os utentes das suas consultas/alterações para os utentes que não utilizam a referida aplicação, continuam a registar um sucesso que supera o do ano de lançamento (2017).

Devido às necessidades de disponibilizarmos mais rapidamente relatórios de exames a utentes, nas áreas de Radiologia, foi implementado em fins de 2017 um sistema que permite a transcrição automática de voz dos relatórios para o processo clínico electrónico do utente. Por outro lado, automatizou-se em larga escala a emissão de documentos electrónicos, e respetiva assinatura também electrónica, com o consequente abandono do documento físico, ao nível da emissão de Termos de Responsabilidade –



assunção, por parte do CHLO de pagamento de prestação de serviços de radiologia, com a consequente redução dos tempos de espera.

No final de 2018, foi ainda iniciada a implementação da desmaterialização de documentos não clínicos por recurso à disponibilização da plataforma eDOCLink.

Continuámos a expandir a nossa rede *wireless* de maneira a permitir que os utilizadores de sistemas e tecnologias de informação possam trabalhar sem necessidade de ligação física à rede de dados.

Lançou-se em 2018 a plataforma de *service desk*. Esta plataforma permite que seja disponibilizado um melhor serviço de atendimento aos utilizadores de sistemas e tecnologias de informação, uma resposta mais eficiente e um controlo dos tempos de resposta. Permite, também, perceber o nível de satisfação dos utilizadores com a resposta dada aos seus pedidos e aos incidentes que reportam.

Não menos importante, uma última referência ao processo de desmaterialização em curso que, acreditamos terá a sua maior expressão em 2019, depois de terminado o DRP (*Disaster Ricover Plan*), em fase de implementação.

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

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

A um outro nível, e por forma a minimizar a propagação de *Legionella pneumophila* e o risco associado à Doença dos Legionários, tomou medidas de monitorização, vigilância, avaliação do risco e de

Handwritten signature and initials in blue ink.

prevenção e controlo (físico, químico e microbiológico) para promover a adequada manutenção de todos os sistemas de água e de ar das suas unidades de saúde – expressas no Manual Prevenção e Controlo Ambiental da *Legionella* – e criou a Comissão de apoio do PIOPAL – Programa de Intervenção Operacional De Prevenção Ambiental da *Legionella*.

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

Por último, de destacar a preocupação com a adequada política de gestão de stocks de níveis mínimos no sentido de serem evitados prejuízos, a todos os níveis, em especial, por prazos de validade expirados.

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

No CHLO existe uma população de trabalhadores maioritariamente feminina, numa grandeza de 74,4% Vs 25,6%.

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

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

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

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

Handwritten signature and initials in blue ink, including the number 74,4%.

Importa referir que na presença de um universo de trabalhadores maioritariamente feminino (74,4%), grande parte das preocupações plasmadas na Resolução do Conselho de Ministros n. 19/2012, de 23 de fevereiro são automaticamente neutralizadas, pelo que não se considerou a conceção de um plano para igualdade.

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

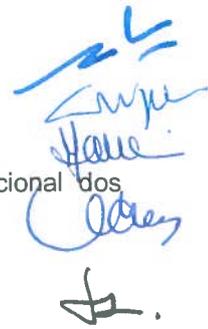
e) Identificação das políticas de recursos humanos definidas pela entidade, as quais devem ser orientadas para a valorização do indivíduo, para o fortalecimento da motivação e para o estímulo do aumento da produtividade, tratando com respeito e integridade os seus trabalhadores e contribuindo ativamente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

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

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

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

O Conselho de Administração, sensível à necessidade de garantir a eficácia clínica com qualidade e segurança nos serviços prestados, numa perspetiva de melhoria contínua, continuou a promover e a implementar, em 2018, diversos programas que mantêm a organização como uma unidade prestadora de cuidados de saúde altamente diferenciados, com intensa concentração de conhecimentos e de recursos técnicos, garantindo uma prestação de elevada qualidade. A concentração de inovação médica e de técnicas diferenciadas permite a obtenção dos melhores resultados clínicos, capitalizando



a experiência dos profissionais e o uso clinicamente apropriado e economicamente racional dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

No que se refere à investigação clínica, há a destacar:

- ♦ Apoio à apresentação de trabalhos científicos em reuniões nacionais e internacionais;
- ♦ Atribuição do Prémio de Investigação Clínica Dr. Carlos Lima (que visa incentivar os jovens para a investigação);
- ♦ Apoio à Publicação de artigos científicos em revistas conceituadas das várias especialidades;
- ♦ Apoio a Cursos de pós graduação;
- ♦ Disponibilização de Consultoria científica na área da Estatística, com apoio de um consultor;
- ♦ Renovação de contrato com a Revista British Medical Journal Case Reports para publicação de trabalhos científicos;
- ♦ Realização de Encontros Científicos do CHLO;
- ♦ Cursos de Formação em Investigação Clínica e Publicação Científica com um total de 56 participantes.

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

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

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

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

- Epilepsia refratária
- Doenças Cardiovasculares: Cardiologia de "intervenção estrutural" e Cardiopatias congénitas
- Transplantes de Rim
- Transplante de Coração
- Oncologia de adultos: Cancro do Reto



- Implantes Cocleares
- Neuroradiologia

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

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

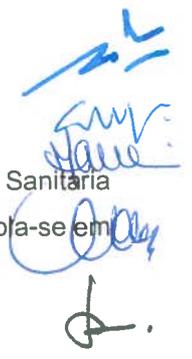
Se num primeiro momento, essa busca foi efectuada pelos centros de Referência, certo é que outros serviços tenham seguido para processo de acreditação.

O Conselho de Administração do CHLO tem acreditados os serviços:

- Cardiologia Pediátrica
- Cardiologia;
- Nefrologia/Transplante Rim
- Cirurgia Cardio Torácica/Transplante Coração
- Cirurgia I/ Cirurgia II/ Cirurgia III
- Gastrenterologia
- Anatomia Patológica
- Oncologia
- Neurologia
- Neurocirurgia
- Ortopedia

e tem em acreditação:

- Blocos operatórios (HEM, HSF, HSC)
- UCA (Unidade Cirurgia Ambulatório)
- Otorrinolaringologia.



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

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

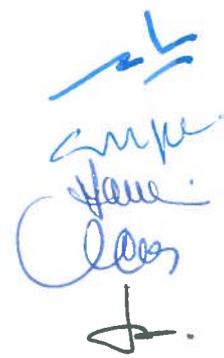
o que evidencia que o cidadão está, de facto, colocado no centro do sistema, respeitando-se os seus direitos, necessidades e expetativas.

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

Nesse sentido, os serviços certificados no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) pela ISSO:

- Serviços Farmacêuticos (Certificação ISO 9001-2008)
- Serviço de Medicina Transfusional (Certificação ISO 9001-2008)
- Laboratório de Microbiologia Clínica e Biologia Molecular e Laboratório de Citometria de Fluxo do Serviço de Patologia Clínica (Certificação ISO 9001-2008)
- Laboratório de Ecografia/Hospital de Santa Cruz - ECO Transtorácico, ECO Transesofágico e ECO de Sobrecarga (Certificação da *European Association of Cardiovascular Imaging*)

também passarão a ser certificados pelo método ACSA.



X) Avaliação do Governo Societário

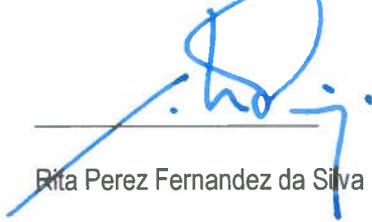
1. Cumprimento das Recomendações

O CHLO tem cumprido com todos os princípios de Bom Governo que lhe são aplicáveis. Este Centro Hospitalar efetuou e submeteu as alterações contantes nas recomendações apresentadas pela UTAM no exercício anterior.

2.Outras informações

O CHLO não tem outras informações a prestar.

O Conselho de Administração



Rita Perez Fernandez da Silva

(Presidente)



Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva

(Vogal)



Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira

(Vogal)



José Manuel Fernandes Correia

(Diretor Clínico)



Fernanda Maria da Rosa

(Enfermeira Diretora)

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

XI) Anexos do RGS

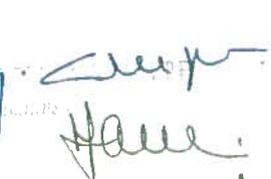
1. Demonstração não financeira relativa ao exercício de 2018 (desempenho e evolução da sociedade quanto a questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, igualdade de género, não discriminação, respeito pelos direitos humanos, combate à corrupção e tentativas de suborno).

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL (CHLO)

Aprovado
07.02.2018

REGULAMENTO INTERNO DA COMISSÃO LOCAL DE INFORMATIZAÇÃO CLÍNICA (CLIC)

I-Preâmbulo


CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL
Conselho de Administração



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

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

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

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

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

II- Âmbito

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

II – Constituição

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

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

III – Competências

(Definidas pelo Despacho nº 3156/2017)

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

IV – Funcionamento

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

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

IV – Contactos e Divulgação

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


(CARLOS GALATISTA,
Presidente da CLIC CHLO)



Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Combate ao Desperdício – Introdução

A difícil circunstância económica que atravessamos encerra em si mesma um momento oportuno de inflexão em direcção a práticas mais racionais no cumprimento dos objectivos a que nos propomos diariamente.

Na complexidade do sistema de Saúde em que hoje vivemos toda a acção está centrada no Doente e toda a Organização tem de estar definida segundo um contínuo de actividades que permitam minimizar os tempos de resposta em cada interface e do mesmo modo maximizar a efectividade de todas as intervenções nos cuidados a prestar.

É um desiderato que se prende com a sobrevivência de cada Organização de Saúde no médio prazo e com o redesenho do Sistema no médio/longo prazo.

Podemos fazer o que em cada dia nos propomos, evitando duplicações de intervenções (eg exames complementares, consultas supérfluas, ...), reduzindo a variabilidade em intervenções similares (eg diferentes tipos de abordagem técnica e/ou medicamentosa para uma mesma patologia ou momento, diferentes tecnologias mas idênticas para um mesmo fim – caso das fitas de glicemia capilar).

Podemos minimizar ou mesmo evitar a redundância e devemos questionar em cada dia se o que determinamos é mesmo o que precisa ser feito e terá de ser desta forma ou doutra, quem sabe mais simples.

E, depois, temos todo um conjunto de comportamentos que se prendem com o cuidado com que tratamos os bens de que dispomos e que não “são do Hospital”, são de todos e cada um - acender ou apagar uma luz ou um computador, usar um desinfectante quando basta um produto de lavagem, em si são gestos quase inocentes mas que no conjunto dum tão vasto Universo (perto de cinco mil colaboradores) se traduz num peso económico significativo.

Seguindo a regra de Pareto sabemos que para determinado Universo 20% das causas são responsáveis por cerca de 80% dos efeitos, e assim, também na despesa. Rapidamente reconheceremos esta lei se olharmos o micro cosmos da nossa intervenção diária. É aqui que necessitamos actuar se queremos cumprir os objectivos que agora nos são colocados.

Precisamos, em resumo, duma intervenção sistemática que implica uma mudança cultural, em si um processo longo. Sabemos, no entanto, que também nos é exigida neste momento uma mudança significativa nalgumas práticas de modo a produzir efeitos mensuráveis na esfera económica no curto prazo.

Este Guia de Boas Práticas:

- Pretende ser um processo em construção, complementado com a contribuição de todos, e monitorizado regularmente nos resultados da sua aplicação.
- Complementa as medidas divulgadas na Circular Normativa 1 de 2010 e dá um enquadramento a todos os Programas de Redução de Custos apresentados pelos Serviços ao CA.
- Estará disponível na Intranet para consulta “a todo o tempo” pelos profissionais do CHLO

Se quisermos será possível!

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Guia de Boas Práticas

Handwritten signature and initials in blue ink:
L
sup
Hau
Cas
J.

O Futuro dependerá daquilo que fizermos no Presente

Gandhi

Medidas para adopção imediata

1. Gerais

- a) Restrição máxima do uso das impressoras
- b) Em caso de necessidade absoluta do seu uso utilizar os dois lados da folha de papel
- c) Utilizar preferencialmente os meios digitalizados (p.e. mail) para transmissão de informações; não duplicar em papel os registos digitais
- d) Energia eléctrica: desligar luzes quando não estejam a ser utilizadas; desligar os computadores no final do dia de trabalho
- e) Evitar o desperdício de água – ter o maior cuidado na utilização da água; avisar os SIE logo que seja detectada uma fuga ou torneira com perda
- f) Telefones – reduzir as chamadas efectuadas - particularmente para as redes móveis às chamadas de serviço ou a situações urgentes. Reduzir a sua duração ao mínimo indispensável.
- g) Ar condicionado – desligar o ar condicionado no fim do dia de trabalho; regular a temperatura para 23° no Verão e 20° no Inverno (excepto nos Serviços de Internamento e Blocos Operatórios)
- h) Produtos de limpeza, desinfectação, sacos de plástico – manter o maior controle e racionalização na sua utilização

2. No âmbito do Serviço Administração de Pessoal

- a) Implementada a plataforma SISQUAL, de registo de assiduidade, que abrange já todos os grupos profissionais existentes no CHLO, que contribui para uma redução muito significativa de recursos.
- b) Com a criação do Portal do Funcionário é possível, aos profissionais do CHLO, consultar, no imediato, os seus registos biométricos diários/mensais, solicitar às respectivas chefias trocas de horário/turnos e, entre outras coisas, marcar/desmarcar as suas férias. Está também desde já implementada a possibilidade de consultarem e imprimirem os seus talões de vencimento, poupando-se, assim, recursos humanos e financeiros.
- c) Será, em breve, disponibilizada pela Intranet, toda a documentação solicitada pelos profissionais do Centro Hospitalar no âmbito das funções que estão atribuídas ao Serviço de Pessoal, evitando, assim, o uso do papel.
- d) O sector de expediente conta, actualmente, com um pequeno *software* de gestão documental, em fase de adaptação, que, para além das suas funcionalidades principais, irá permitir a redução de papel.
- e) Considerando as dificuldades verificadas no sector de arquivo que obriga a um dispêndio elevado de recursos humanos, materiais, financeiros e espaço, está a decorrer um estudo de mercado para a implementação de um projecto de Gestão Documental, elaborado pelo SAP, cujo objectivo prioritário é a digitalização de todos os Processos Individuais dos nossos colaboradores o que cerceará os constrangimentos referidos.

3. Serviço de Logística e Distribuição

- a) Revisão e actualização do mestre de artigos; uniformizar Códigos de Artigos; aplicação dum conjunto de indicadores a cada item a codificar (e revisão no software), evitando duplicação de códigos.
- b) Actualização das listagens de material administrativo
- c) Levantamento de necessidades a nível CHLO evitando duplicações desnecessárias (eg. kits de anestesia epidural, sacos colectores de urina).
- d) Revisão dos procedimentos de introdução de novos produtos com criação de pequenos grupos de projecto para, através dum conjunto explícito de critérios, analisar novos artigos de material de consumo clínico (MCC) ou dispositivos médicos (DM) a inserir em processo de compra, incluindo sempre representação de utilizadores. Estes grupos extinguem-se finda a selecção.
- e) Para técnicas idênticas procurar consenso no âmbito CHLO procurando reduzir variabilidade do material.
- f) Reformulação dos stocks em armazém fazendo e preparando a abordagem ao sistema de Lean.
- g) Criação de armazéns avançados, nos serviços com maiores consumos e maior volume de material
- h) Rever e ajustar os níveis de material de consumo clínico nos Serviços, de acordo com a abordagem já referida
- i) Revisão e actualização do “Regulamento de aquisição de material em regime de consignação”

Objectivos a cumprir – otimizar o DM às funções para as quais é solicitado, melhoria da aceitação por parte do utilizador com redução da taxa de desperdício, economia de escala no processo negocial da compra.

Redução da variabilidade e quantidade de DM libertando espaço no armazém para outras solicitações.

Redução da taxa de desperdício representada pela quantidade de DM rejeitados em armazém – “monos”.

4. Serviço de Gestão de Compras

- a) O planeamento deve ser sempre anual e plurianual no caso do investimento.
- b) Os componentes dum caderno de encargos devem ser definidos numa perspectiva holística:
 - componentes legais aplicáveis
 - componentes específicos do enquadramento do próprio serviço de compras
 - requisitos técnicos a definir pelo serviço utilizador considerando a função que deve cumprir e o enquadramento a que deve assistir no serviço/ departamento a que se destina.
 - os pedidos de compra devem ser subscritos pelos responsáveis/directores dos serviços e as normas a que obedecem devem ser do conhecimento de todos
- c) Dispositivos médicos de uso único implantáveis: definir o perfil de indicadores e critérios a cumprir para os requisitos técnicos nos DM de uso único implantáveis de modo a proceder-se a correcta avaliação de fornecedores e posterior identificação de fornecedores a seleccionar sendo ou não compras por consignação (esta definição será explicitada pelos serviços utilizadores em função de critérios clínicos explícitos).

- d) O processo de compra deve ser monitorizado e cada fase deve estar ligada a um agente e ter um indicador de tempo para execução.
- e) O sistema de controlo das compras e custos tem que obedecer a um modelo de acompanhamento contínuo que alerta para os desvios face ao orçamento e o executado.
- f) Na relação com os utilizadores, os responsáveis dos serviços, devem conhecer o perfil de consumo e saber explicar os desvios, incluindo o investimento e as prestações de serviço.
- g) Devem ser definidas normas e limites à contratação de serviços externos a integrar na contratualização interna.
- Objectivos a cumprir* – otimizar o equipamento às funções para as quais é solicitado, economia de escala no processo negocial da compra, redução da variabilidade, ajuste das necessidades técnicas ao perfil dos doentes a cuidar. Pretende-se ainda, maior uniformização dos artigos/equipamentos em uso e partilha de recursos entre serviços.

✓
Cumprir
Have
Celly
J.

5. Serviços de Instalações e Equipamentos

- a) Nomeação de consultor responsável em cada processo de obras ou compra de equipamento a instalar no CHLO:
- tendo em vista os considerandos técnicos da sua instalação no espaço físico previsto e as boas regras de aceitação, evitando gastos desnecessários em consultorias supérfluas.
- Inserir nos cadernos de encargos obrigatoriamente para além da garantia, a gratuidade da assistência técnica e os custos garantidos dos consumíveis ao normal funcionamento nesse período.
Objectivos a cumprir – otimizar o equipamento, nova instalação, às funções para as quais foram solicitados; redução de custos no processo negocial da compra.
- b) Acompanhar e informar os Serviços dos consumos das comunicações, água, energia eléctrica, combustíveis
- c) Substituir progressivamente, em todos os locais de iluminação onde tal seja possível, as lâmpadas fluorescentes por lâmpadas de baixo consumo

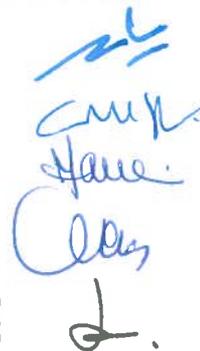
6. Material de Consumo Clínico

- a) Sensibilização dos Serviços Clínicos para a importância desta área no computo geral dos gastos do Hospital
- b) Utilização o mais criteriosa possível de todo o MCC de uso corrente – luvas, máscaras, batas, etc. bem como de seringas, agulhas, material de penso...
- c) Listagem das medidas a adoptar em cada um dos principais itens deste grupo; disseminação por todos os Serviços das normas elaboradas no que diz respeito a cada um destes itens.
- d) Cumprir rigorosamente as regras de utilização em particular no que diz respeito ao controle de infecção
- e) Mensalmente é medido e divulgado na Intranet o consumo por Serviço;
- f) Alertar as Chefias para a consulta dos produtos mais consumidos pelos serviços; apresentação de medidas para controlo dos mesmos.

7. Meios complementares de diagnóstico

Patologia Clínica

- a) Estando em curso o início do programa de informatização da requisição electrónica, torna-se urgente desde já solicitar a cada serviço utilizador o conjunto de análises que podem vir a constituir o(s) seu(s) perfil(s) diagnóstico(s). (sublinhamos que esta política adopta também um papel pedagógico ao informar o prescriptor do custo de cada pedido).
- b) Esta prática obrigará a equacionar o número e características dos exames que genericamente respondem às necessidades da maioria dos doentes e a ter em consideração pedidos pontuais que irão ser acompanhados de justificação clínica.
- c) A existência do conceito "Respostas Especiais" no Laboratório constitui já um repositório de conhecimento que alimenta a urgência e premência da aplicação desta política.
- d) Por outro lado as análises com indicação específica só deverão ser disponibilizadas após consulta ao médico patologista a referir.
- e) Protocolos de pedido por parte da Medicina Ocupacional.


 Camp.
 Hane.
 Olay.
 J.

Objectivos a cumprir – Racionalização dos meios de diagnóstico com melhor ajuste clínico. Promoção da reflexão clínica como elemento decisor "major" em detrimento do comodismo dum meio externo. Minimização do número de colheitas de produtos biológicos ao verdadeiramente necessário com impacto positivo nos doentes e no ambiente (eliminação de amostras biológicas) assim como na redução de custos de reagentes e tempo de vida de DM.

Imagiologia

- a) Resposta mediante requisições com elementos clínicos que justifiquem o pedido e permitam ao imagiologista decidir da melhor forma de colheita dos elementos necessários à obtenção da informação solicitada.
- b) Requisições com referenciação explícita do médico prescriptor de modo a permitir a discussão de alternativas diagnósticas.
- c) Quando doentes internados no CHLO estes devem respeitar as condições básicas que permitam a boa execução dos mesmos (eg. acessos venosos, análises de função renal, ...).

8. No âmbito do medicamento

- a) Aplicação do Formulário de anti infecciosos do CHLO promulgado Julho 2009.
- b) Promoção de Protocolos para antibióticos em termos de profilaxia e terapêutica empírica. Validade temporal normalizada para a prescrição.
- c) Passagem a terapêutica oral com antibacterianos desde que as condições do doente o permitam.
- d) Estreitamento da comunicação com Laboratório de Bacteriologia em termos de aceleração à resposta antibiótica dirigida.
- e) Aplicação dos Protocolos de tratamento de infecção Urinária e de uso de antifúngicos já definidos pelo CHLO.
- f) Sendo que cerca de 60% dos medicamentos sob responsabilidade de prescrição do CHLO são do âmbito do ambulatório há ainda espaço à redução da variabilidade de prescrição para determinados estadios de doença em fase crónica (eg HIV).
- g) Estandarização das diluições de fármacos de acordo com as exigências de cada serviço a serem tomadas em consideração no processo de continuidade de cuidados (fármacos em doentes que passam em diferentes interfaces, (eg Blocos /UCIS, UCIS /Cuidados Intermédios, ...)
- h) Uniformização de tiras de determinação de glicemia em todo o CHLO.

✓
Cumprir
Haver
Claro
J.

- i) Utilização racional de inibidores da bomba de prótons em terapêutica profiláctica. Uso da via oral logo que possível. Ajuste a protocolos de prescrição de analgésicos incidindo no uso da via oral logo que possível. (Validade temporal da prescrição EV normalizada para estes dois últimos fármacos.)
- j) Uso da prescrição online tão extensamente quanto os sistemas informáticos do CHLO o permitam beneficiando do sistema de alertas à prescrição em vigor.
- k) Participação explícita da Farmácia no processo de identificação dos critérios operacionais a que se deve respeitar cada produto em compra.

Objectivos a cumprir – economia de escala nas negociações das compras, redução de custos, porque desnecessários, em terapêuticas demasiado alongadas no tempo ou não utilizando a via oral quando tal já é possível (sob acompanhamento da CFT)

9. Marketing dos vectores de Acção em Implementação

- a) Utilização do fundo dos computadores domínio CHLO para vincular mensagens *transversais* (eg feche o computador se me vai deixar por hoje, apague a luz se está de saída, evolução de indicadores...)
- b) Utilização do fundo dos computadores domínio CHLO para vincular mensagens com *enfoque por serviço* (eg preço dum análise, dum antibiótico...); as propostas de expressão voluntária por parte de qualquer colaborador do CHLO serão acolhidas no Gabinete de Comunicação e Imagem (GCI) e sujeitas a selecção e triagem; as imagens estarão disponíveis uma semana, sendo retiradas no final desse prazo.
- c) Pequenos cartazes junto às portas “Apague a luz”, “ Feche bem as torneiras”, etc. (sempre através do GCI)

10. Monitorização

O trabalho de monitorização deve envolver todos os serviços do Hospital e será centralizado no CA para onde todas as informações vão convergir, o qual se encarregará da sua divulgação. Estando a maior parte das informações já actualmente disponíveis, pretende-se a sua integração e divulgação de modo a que fiquem rapidamente acessíveis a todos os profissionais do Centro Hospitalar.

Assim:

- a) Os Serviços Financeiros deverão informar o CA da evolução mensal das principais contas com facturação mensal ao CHLO (p.e. electricidade, água,...)
- b) Os SIE informarão do consumo na área das comunicações fixas e móveis discriminadas por Serviço
- c) Os Serviços de Administração de Pessoal e de Gestão Estratégica de Recursos Humanos elaborarão mensalmente os mapas de pessoal (em ETES e custo), comparando o vencimento base, horas extraordinárias e outros componentes dos custos com pessoal, com os valores verificados no ano anterior.

- d) O Serviço de Logística e Distribuição divulgará, mensalmente e por Serviço, o consumo dos 20 artigos com maior consumo.
- e) Os Administradores Hospitalares, afectos aos Serviços de Acção Médica, informarão mensalmente o CA da evolução dos vários indicadores ligados às Boas Práticas nos respectivos Serviços.
- f) O CA elaborará mensalmente um documento que apresente de modo uniforme a evolução dos vários parâmetros anteriormente referidos.
- g) De acordo com o Despacho de 24 de Maio passado, esta informação será enviada à Sr.^a Ministra da Saúde de 2 em 2 meses

Handwritten notes in blue ink:
SL
CMP
Hau
C
↓

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

I - Preâmbulo

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

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

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

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



Handwritten signatures and initials in the top right corner, including a large 'L' and a downward arrow.

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

II - Objeto e Identificação

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

II - Âmbito

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

Handwritten signatures and initials at the bottom right, including a signature that appears to be 'Luis' and another with the number '2'.

III – Estrutura

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

IV – Competências

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

V – Funcionamento

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

VI – Acesso à Informação

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

Handwritten signatures and initials in blue ink, including names like 'Dan', 'Cristina', and '4/10/18'.



Handwritten signatures and initials in blue ink.

VII - Disposições finais e transitórias

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

VIII - Entrada em vigor

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

Lisboa, 15 de outubro de 2018.

Handwritten signature of Carlos Galamba

Carlos Galamba, Dr. – Conselho de Administração

Filomena Martins, Dra. – GCL-PPCIRA

Handwritten signature of Filomena Martins

Susana Parente, Dra. – Departamento da Qualidade e Segurança

Handwritten signature of Susana Parente

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

Handwritten signature of Nuno Horta

Teresa Martinho, Dra. – Serviço de Saúde Ocupacional

Handwritten signature of Teresa Martinho

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

Handwritten signature of Sérgio Santos

Paulo Diegues, Eng.º – Direcção Geral de Saúde

Handwritten signature of Paulo Diegues

INICIATIVAS DE SIMPLIFICAÇÃO E DESMATERIALIZAÇÃO DE PROCESSOS

1. Divulgação App MyCHLO

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

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

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

2. Notificação das Consultas Externas por SMS

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

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

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

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

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

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

Handwritten signature in blue ink:
Dr. J. C. Fernandes

5. Desmaterialização do envio dos termos de responsabilidade de MCDTs

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

2. Ata ou extrato da ata da reunião do órgão de administração em que haja sido deliberada a aprovação do RGS 2018.

[Handwritten signature in blue ink]
[Handwritten signature in blue ink]
[Handwritten signature in blue ink]
[Handwritten signature in black ink]

**Extrato da Ata nº128 do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.**

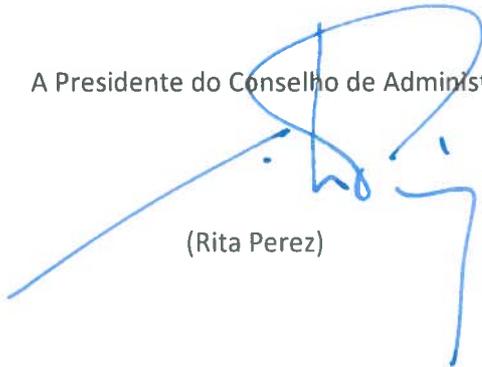
(Sessão realizada em 29/05/2019)

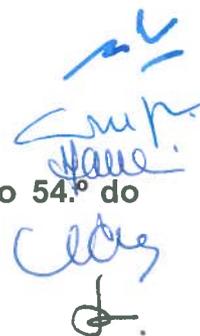
Handwritten signatures in blue ink:
- Top signature: *Jane*
- Middle signature: *Lupe*
- Bottom signature: *Clara*

Ponto três – Foi aprovado o Relatório de Governo Societário do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., referente ao ano 2018.

A Presidente do Conselho de Administração

(Rita Perez)





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

O Conselho Fiscal não apreciou o conjunto dos documentos de prestação de contas do exercício de 2018, devido ao facto de, apesar da proposta de nomeação do ROC ter sido apresentada à Direção Geral do Tesouro e das Finanças em 15 de março de 2018, não ter sido ainda, até ao momento, nomeada a Sociedade de Revisores Oficiais de Contas responsável pela auditoria às contas de 2018.

Sem dispor de contas de 2018 auditadas, nem do apoio do ROC para que o Conselho Fiscal possa desenvolver cabalmente a sua função neste âmbito, considerou este órgão que não estão reunidas as condições para se pronunciar sobre o conjunto dos documentos de prestação de contas, incluindo o Relatório de Governo Societário.

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

[Handwritten signature in blue ink]
Clay
f.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

(Resolução n.º44/2015 Tribunal de Contas,
publicada no DR, 2ª Série, n.º 231, de 25 de Novembro)

No âmbito do processo de prestação de contas do exercício de 2018 do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, declaramos, sob compromisso de honra, enquanto titulares de órgãos responsáveis pela elaboração, aprovação e remessa das contas consolidadas ao Tribunal de Contas, que adotámos, fizemos aprovar e executar de forma continuada os princípios, normas e procedimentos contabilísticos e de controlo interno a que estamos vinculados por imperativo legal ou contratual e que garantem e asseguram, segundo o nosso conhecimento, a veracidade e sinceridade das respetivas demonstrações financeiras e a integralidade, legalidade e regularidade das transações subjacentes, pelas quais assumimos a responsabilidade de que, designadamente:

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

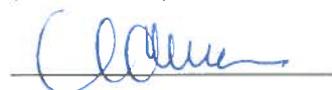
- g) evidenciam que foram respeitadas as normas dos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas e do código do trabalho bem como observaram as incompatibilidades e limitações previstas aí, no estatuto de aposentação, no código contributivo da segurança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

Lisboa, 02 de Janeiro de 2019

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



Rita Perez Fernandez da Silva
(Presidente)



Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva
(Vogal)



Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira
(Vogal)



José Manuel Fernandes Correia
(Diretor Clínico)



Fernanda Maria da Rosa
(Enfermeira Diretora)

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

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

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

Lisboa, 02/01/2019



Maria Celeste Silva
Vogal Executiva do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:

Cópia Fiscal Único

Cópia IGF

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

Eu, Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 02/01/2019



Maria Celeste Silva
Vogal Executiva do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:
Cópia Fiscal Único
Cópia IGF

*Rita Perez
Fernandez
da Silva*
[Signature]

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

Eu, Rita Perez Fernandez da Silva, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 02/01/2019



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

Obs:
Cópia Fiscal Único
Cópia IGF

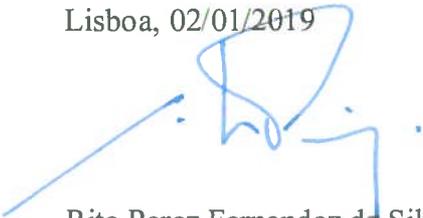
Handwritten signatures and initials in blue ink.

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

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

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

Lisboa, 02/01/2019


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

Obs:
Cópia Fiscal Único
Cópia IGF

Handwritten signature in blue ink, possibly reading 'C. Manuel Fernandes Correia'.

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

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

Lisboa, 02/01/2019

Handwritten signature of José Manuel Fernandes Correia.

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

Obs:
Cópia Fiscal Único
Cópia IGF

*Caril.
Hau.
C. C.*

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, José Manuel Fernandes Correia, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 02/01/2019

J.M.F.C.

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

Obs:

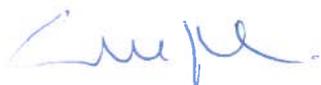
*Cópia Fiscal Único
Cópia IGF*

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

Handwritten signature and initials in blue ink.

Eu, Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 02/01/2019



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

Obs:
Cópia Fiscal Único
Cópia IGF

Handwritten signature and initials in blue ink.

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

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

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

Lisboa, 02/01/2019



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

Obs:

Cópia Fiscal Único

Cópia IGF

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

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

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

Lisboa, 02/01/2019

[Handwritten signature of Fernanda Maria da Rosa]

Fernanda Maria da Rosa (Enf^a Directora)
Vogal Executivo do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:
Cópia Fiscal Único
Cópia IGF

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

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

Lisboa, 02/01/2019

[Handwritten signature: Fernanda]

Fernanda Maria da Rosa (Enf^ª Directora)
Vogal Executivo do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:
Cópia Fiscal Único
Cópia IGF

5. Ata da reunião da Assembleia Geral, Deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação por parte dos titulares da função acionista dos documentos de prestação de contas (aí se incluindo o Relatório e Contas e o RGS) relativos ao exercício de 2017⁶.

Handwritten notes and signatures in blue ink:
- Top right: "24"
- Middle right: "C. V. Hano."
- Below "Hano.": "CO"
- Far right: a large signature.

O CHLO continua a aguardar o despacho de aprovação das contas relativo ao exercício de 2017.

⁶ Apenas no caso do documento em apreço não se encontrar disponível em *SIRIEF*. Na eventualidade de não se ter ainda verificado a aprovação dos documentos de prestação de contas relativos ao exercício de 2017 por parte do(s) titular(es) da função acionista tal deve ser objeto de menção específica.