

# Relatório de Governo Societário

*7*  
*N3*  
*it*  
*Arrocha*  
*plu*

# 2024

Versão aprovada em reunião do Conselho de Administração de 24 de abril de 2025

## Índice

Abreviaturas, acrónimos e siglas .....	3
I. Síntese (Sumário Executivo) .....	4
II. Missão, Objetivos e Políticas .....	7
III. Estrutura de Capital .....	15
IV. Participações Sociais e Obrigações detidas .....	16
V. Órgãos Sociais e Comissões .....	17
A. Modelo de Governo .....	17
B. Assembleia Geral .....	18
C. Administração e Supervisão .....	19
D. Fiscalização .....	32
E. Revisor Oficial de Contas (ROC) .....	37
F. Conselho Consultivo .....	38
G. Auditor Externo .....	38
VI. Organização Interna .....	39
A. Estatutos e Comunicações .....	39
B. Controlo Interno e Gestão de Riscos .....	42
C. Regulamentos e Códigos .....	48
D. Deveres Especiais de Informação .....	51
E. Sítio na <i>Internet</i> .....	52
F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral (caso aplicável) .....	56
VII. Remunerações .....	57
A. Competência para a Determinação .....	57
B. Comissão de Fixação de Remunerações .....	57
C. Estrutura das Remunerações .....	58
D. Divulgação das Remunerações .....	59
VIII. Transações com Partes Relacionadas e Outras .....	62
IX. Análise de Sustentabilidade da Empresa nos Domínios Económico, Social e Ambiental .....	64
X. Avaliação do Governo Societário .....	76
XI. Anexos do RGS .....	78

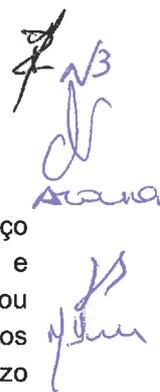
  
N3  
swana  




## Abreviaturas, acrónimos e siglas

*Handwritten notes:*  
9  
NB  
ct  
Acção  
P  
H  
M

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde	MENAC	Mecanismo Nacional Anticorrupção
ACSA	Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía	NHCJR	Núcleo Hospitalar de crianças e jovens em Risco
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.	NMS	NOVA Medical School
AM	Acordo Modificativo	PDO	Plano de Desenvolvimento Organizacional
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.	PIOPAL	Programa de intervenção operacional de prevenção ambiental da legionella
BI-ER	Business Intelligence – Estrafricação pelo Risco	PGRCIC	Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
CA	Conselho de Administração	PPR	Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
CCP	Código dos Contratos Públicos	RGPC	Regime Geral da Prevenção da Corrupção
CES	Comissão de ética para a saúde	RGPD	Regulamento Geral de Proteção de Dados
CHLO	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	RJSPE	Regime Jurídico do Setor Público Empresarial
CLIC	Comissão Local de Informatização Clínica	RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
ColabTrials	Laboratório Colaborativo para a Inovação em Ensaio Clínicos	ROC	Revisor Oficial de Contas
CP	Contrato Programa	SAI	Serviço de Auditoria Interna
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção	SCI	Sistema de Controlo Interno
CSP	Cuidados de Saúde Primários	SES	Secretário(a) de Estado da Saúde
CQS	Comissão de qualidade e segurança do doente	SET	Secretário(a) de Estado do Tesouro
DE ou DE-SNS	Direção Executiva	SI	Sistemas de Informação
DGO	Direção Geral do Orçamento	SICA	Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento
DGS	Direção Geral da Saúde	SIGEF	Sistema Integrado de Gestão Financeira
DGTF	Direção Geral de Tesouro e Finanças	SIIC	Serviço de Inovação e Investigação Clínica
EGA	Equipa de Gestão de Altas	SNS	Serviço Nacional de Saúde
EPD	Encarregado da Proteção de Dados	SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
E.P.E.	Entidade Pública Empresarial	SUCH	Serviço de Utilização Comum dos Hospitais
EPVA	Equipa para a prevenção da violência em adultos	TMRG	Tempo(s) Máximo(s) de Resposta Garantido(s)
FCM	Faculdade de Ciências Médicas	UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
FERMA	Federation of European Risk Management Associations	UCSP	Unidade de Cuidados Saúde Personalizados
GDH	Grupo de Diagnóstico Homogéneo	ULSLO	Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental
HEM	Hospital Egas Moniz	UNL	Universidade Nova de Lisboa
HSC	Hospital de Santa Cruz	USF	Unidade de Saúde Familiar
HSFX	Hospital de São Francisco Xavier	USP	Unidade de Saúde Pública
IGF	Inspeção-Geral de Finanças	UTAM	Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial
LAC	Livre Acesso e Circulação		
LEC	Lista de espera para 1.ª consulta		
LIC	Lista Inscritos para Cirurgia		



## I. Síntese (Sumário Executivo)

A Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E. (ULSLO) 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 102/2023, de 7 de novembro, que agregou numa única instituição o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (CHLO), os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Ocidental e Oeiras e o Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais, sem prejuízo de articulação com o Hospital de Cascais.

A sua área de influência, de aproximadamente 162,68 km<sup>2</sup> e 481.026 utentes inscritos, engloba quatro freguesias pertencentes à zona ocidental de Lisboa: Ajuda, Belém, Alcântara e Campo de Ourique; a totalidade de freguesias do concelho de Oeiras: União de Freguesias de Oeiras, São Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias, Freguesia de Barcarena e Freguesia de Porto Salvo; e a totalidade de freguesias do concelho de Cascais: Alcabideche, São Domingos de Rana, União das Freguesias de Carcavelos e Parede e União das Freguesias de Cascais e Estoril.

A ULSLO é composta por

- Quatro Unidades de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP);
- Trinta e duas Unidades de Saúde Familiar (USF);
- Cinco Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC);
- Duas Unidades de Saúde Pública (USP)
- Recursos Assistenciais Partilhados (psicologia, medicina dentária/higiene oral, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia, serviço social) e
- Três Hospitais: Hospital de Egas Moniz, Hospital de São Francisco Xavier e Hospital de Santa Cruz.

Os Cuidados Hospitalares são entidades de referência regional e nacional na área da prestação de cuidados de saúde, assumindo-se como centro de referência em inúmeras patologias de especial complexidade, cuja atividade se estende a todo o território nacional e às Regiões Autónomas.

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

- Saúde Mental (Psiquiatria da Infância e Adolescência), para o concelho de Cascais;
- Cardiologia e Nefrologia, enquanto última linha de referência, não só para as Unidades C e D da Sub-Região de Lisboa, onde se insere, mas também de âmbito nacional;
- Infeciologia, âmbito nacional;
- Neurocirurgia, enquanto referência direta para o Hospital de Cascais e para a ULS Amadora/Sintra;
- Urgência Geral, enquanto referência direta para as freguesias de Alfragide, Encosta do Sol e Falagueira-Venda Nova do Concelho da Amadora, num total de 64.718 habitantes (Censos 2021).

A par das valências e tipologias de cuidados, é de referir a Unidade de Hospitalização Domiciliária. Esta Unidade visa proporcionar uma assistência domiciliária (médica e de enfermagem) de modo contínuo e coordenado aos utentes que requerendo admissão hospitalar, obedecem também a um conjunto de requisitos clínicos, sociais e geográficos que permitem a sua hospitalização no domicílio, com a concordância do cidadão e da família.

Salienta-se igualmente o foco dado pela aproximação à comunidade do Serviço de Psiquiatria com a maturação ao longo de anos, de três equipas comunitárias de Saúde Mental, perfeitamente enquadradas na



*Handwritten signature and initials*  
A. Sousa

ULSLO e na comunidade, funcionando em Oeiras e Dafundo em instalações cedida pela Câmara Municipal de Oeiras.

No âmbito do reforço do poder do cidadão no SNS, o princípio do Livre Acesso e Circulação (LAC) dos utentes permite a referência para a primeira consulta hospitalar de especialidade 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. Nesse contexto a ULSLO orienta a sua ação de forma a garantir o acesso a todos os utentes, independentemente da sua área de residência.

*Handwritten signature*  
A. Sousa

*Handwritten signature and initials*

**Tabela I Práticas de bom governo - sumário**

<b>CAPÍTULO II do RJSPE – Práticas de bom governo</b>		<b>sim</b>	<b>não</b>	<b>data</b>
<b>Artigo 43.º</b>	apresentou plano de atividades e orçamento para 2024 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponíveis	X		Primeira versão submetida no SICA: entre 13 e 14 de dezembro de 2023. Revisão das demonstrações financeiras em agosto de 2025 (a pedido da DE-SNS)
	obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de atividades e orçamento para 2024	X		Aprovação parcial do PDO pela DE-SNS, em 22 dezembro de 2023. Contrato-Programa assinado em 28 de fevereiro de 2024 e homologado pela Secretária de Estado da Gestão da Saúde, em 29 de janeiro de 2025.
<b>Artigo 44.º</b>	divulgou informação sobre estrutura acionista, participações sociais, operações com participações sociais, garantias financeiras e assunção de dívidas ou passivos, execução dos objetivos, documentos de prestação de contas, relatórios trimestrais de execução orçamental com relatório do órgão de fiscalização, identidade e curriculum dos membros dos órgãos sociais, remunerações e outros benefícios	X		A ULSLO divulga a informação relevante pelos canais próprios. Após a aprovação das contas, a ULSLO atualiza esta informação.
<b>Artigo 45.º</b>	submeteu a informação financeira anual ao Revisor Oficial de Contas, que é responsável pela Certificação Legal das Contas da empresa	X		No decorrer do processo de fecho de contas.
<b>Artigo 46.º</b>	elaborou os relatórios de avaliação do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas		X	O relatório anual de 2024 encontra-se em elaboração. Está publicado no sítio da internet da ULSLO o relatório intercalar de 2024.
<b>Artigo 47.º</b>	adotou um código de ética e divulgou o documento	X		Última revisão a 03/12/2024_Versão aprovada a 29/01/2025
<b>Artigo 48.º</b>	tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada	X		Contrato-Programa 2024-2026, assinado em 29/01/2025.
<b>Artigo 49.º</b>	prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiental	X		-
<b>Artigo 50.º</b>	implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade	X		-
<b>Artigo 51.º</b>	declarou a independência de todos os membros do órgão de administração e que os mesmos se abstêm de participar nas decisões que envolvam os seus próprios interesses	X		06/09/2024
<b>Artigo 52.º</b>	declarou que todos os membros do órgão de administração cumpriram a obrigação de comunicar as participações patrimoniais que detenham na empresa e relações suscetíveis de gerar conflitos de interesse ao órgão de administração, ao órgão de fiscalização e à Inspeção Geral de Finanças	X		06/09/2024
<b>Artigo 53.º</b>	providenciou no sentido de que a UTAM tenha condições para que toda a informação a divulgar possa constar do sítio na <i>internet</i> da Unidade Técnica	X		-
<b>Artigo 54.º</b>	apresentou o relatório do órgão de fiscalização em que é aferido constar do relatório anual de práticas de governo societário informação atual e completa sobre todas as matérias tratadas no Capítulo II do RJSPE (boas práticas de governação)			O processo de encerramento de contas encontra-se ainda em curso.



*Handwritten notes:*  
NB  
ct  
Arona  
J.S.  
J. Gomes

## II. Missão, Objetivos e Políticas

1. Indicação da missão e da forma como é prosseguida, assim como da visão e dos valores que orientam a empresa (vide artigo 43.º do RJSPE).

A ULSLO tem como missão a prestação de cuidados de saúde integrados, personalizados e humanizados à comunidade local e, em sentido lato, a todos os cidadãos que a procuram, com centralidade na pessoa e ao longo de todo o seu ciclo de vida, no âmbito das responsabilidades e capacidades das Unidades que a integram, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovadas, em articulação com outras instituições do poder central e local, para a promoção de comportamentos saudáveis para uma saúde sustentável, investindo na inovação, na investigação e na formação.

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.

A ULSLO desenvolve 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. É um hospital integrado no ensino universitário e investigação clínica, pela sua ligação fundacional à NMS (NOVA Medical School) - FCM (Faculdade de Ciências Médicas) da UNL (Universidade Nova de Lisboa) e pertencente ao Centro Clínico Académico de Lisboa. Estabelece ligação e atividades partilhadas com outras instituições de Saúde e de Ensino, em ações de complementaridade e protocolos de articulação.

Na sua visão, a ULSLO preocupa-se em ser reconhecida, pela comunidade local, mas também pelo cidadão em geral, como uma instituição inovadora de prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno, que promova o desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência, assegurando a sua sustentabilidade social e ambiental e a valorização dos profissionais, contribuindo para a criação de valor local, regional e nacional. Da mesma forma, preocupa-se que o acionista a reconheça como uma organização em que o aumento da eficiência e eficácia, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável é uma realidade, sem descurar a:

- Implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e na comunidade, para minimizar o impacto da hospitalização;
- Desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade de cuidados;
- Promoção da investigação clínica;
- Formação profissional pré e pós-graduada;
- Acesso à inovação;

No desenvolvimento de todas as suas atividades, a ULSLO rege-se pelos seguintes valores:

- Centralidade na pessoa que a procura;
- 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; equipas multidisciplinares e multiprofissionais;

- Compromisso social, ambiental e económico.

2. **Indicação de políticas e linhas de ação desencadeadas no âmbito da estratégia definida (vide artigo 38.º do RJSPE), designadamente:**

A ULSLO elaborou o seu Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO) para o triénio 2024-2026 em novembro de 2023, resultado da recente reorganização do SNS, o qual pretendeu ser um plano de ação condicionado por todas as vicissitudes que à data de elaboração do mesmo foram identificados: variações climáticas extremas, conflitos armados na Ucrânia e Médio Oriente, e uma taxa de inflação condicionada pela conjuntura mundial e escassez da oferta de alguns recursos necessários.

Com a nova estrutura organizacional pretende-se potenciar os ganhos associados à gestão em rede dos recursos humanos, financeiros e materiais afetos ao serviço público de saúde, contribuindo, para melhorar o acesso, a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados, aumentando a proximidade e a participação das comunidades locais.

A transição para o modelo de ULS pressupõe uma abordagem baseada nas necessidades da população da área de influência, assente na integração entre os vários níveis de cuidados de saúde primários e hospitalares.

Este Plano de Desenvolvimento Organizacional pretendeu traduzir um conjunto de orientações, de mecanismos e de atividades a desenvolver internamente, no período em análise, necessários para a persecução dos domínios estratégicos definidos em linha de continuidade com as estratégias de intervenção para a saúde sustentável anunciadas no Plano Nacional de Saúde 2030, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023, de 16 de agosto:

- Promover e proteger a saúde, valorizando a prevenção da doença, o diagnóstico precoce, o tratamento atempado e a reabilitação adequada;
- Manter ou reforçar as estratégias que funcionam, nomeadamente aquelas que permitem o controlo da saúde crónica em níveis de baixa magnitude, mas, também, recuperar o acesso e a intervenção em saúde em especial para as populações mais vulneráveis, atualmente sem acesso direto aos programas desenhados;
- Inovar, na valorização de parcerias, no conhecimento, na comunicação e na literacia recorrendo à utilização de dados e de informação integrada e multisectorial com mais qualidade e maior nível de desagregação;
- Preparar e antecipar o futuro, priorizando medidas claras que assegurem as funções de vigilância e planeamento para resposta e mitigação a potenciais necessidades da população.

7 N3  
ct  
Socia  
JF  
p.ome



*Handwritten notes and signatures in blue ink, including the number 13 and the name 'Luis'.*

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

Na presença dos princípios estratégicos definidos, com foco na saúde sustentável, melhorar a saúde e o bem-estar da população em todo o ciclo de vida, o Conselho de Administração estabeleceu para este triénio, cinco eixos estratégicos:

#### **Eixo 1: Acesso, Integração e Articulação Interinstitucional**

Reduzir iniquidades no acesso, adotando medidas transversais com vista à adequação das respostas de cuidados de saúde, no âmbito da atividade programada e não programada e promover o desenvolvimento de comportamentos saudáveis para uma saúde sustentável.

#### **Eixo 2: Eficiência, Produtividade e Qualidade**

Garantir níveis de eficiência, de produtividade e de qualidade adequados, adequando as formas de organização e de prestação de cuidados de saúde, alinhando-as com as normas e orientações emanadas pela Direção-Geral da Saúde (DGS).

Reforçar a atividade programada, a atividade realizada em ambulatório, as respostas de proximidade e a atividade realizada no âmbito da telessaúde.

#### **Eixo 3: Rentabilizar /Reorganizar a capacidade instalada**

Garantir a utilização racional dos recursos disponíveis e otimizar recursos.

#### **Eixo 4: Inovação, Conhecimento e Transformação Digital**

Desenvolver níveis de inovação e de conhecimento ao nível dos “hospitais universitários”, captar rendimentos provenientes de ensaios clínicos, garantir o acesso a tratamentos de ponta, promover a transformação digital como forma de aumentar a eficiência na prestação de cuidados e nos processos administrativos.

#### **Eixo 5: Identidade, Imagem e Comunicação**

Criação da identidade ULSLO, promoção da sua Imagem enquanto entidade de referência na área dos cuidados de saúde e ensino e promoção de comunicação intrainstituição ou com os seus utentes.

Estas medidas visam, elevar os padrões assistenciais no que se refere à qualidade e segurança, estimular a participação ativa das famílias e de outros cuidadores no processo assistencial com integração/envolvimento de outras entidades tuteladas pelo Ministério da Saúde ou terceiros convencionados, aumentar os níveis de produtividade e satisfação dos profissionais, bem como a sua autonomia e responsabilização, promover a eficiência e a rentabilização da capacidade instalada.

*7 NB*  
*ASUR*  
*JP*

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

Os objetivos de produção para 2024 definidos no Acordo Modificativo ao Contrato-Programa (produção SNS) registaram uma taxa de execução conjunta de 106,4%, conforme se observa no quadro seguinte, destacando-se pela positiva os indicadores dos CSP, os episódios de GDH de Ambulatório, as sessões em Hospital Dia, e as consultas externas. Pela negativa destacam-se as Primeiras consultas referenciadas dos CSP, a consulta externa hospitalar descentralizada, os rastreios e os serviços domiciliários.

Tabela 2 Acordo Modificativo 2024 - taxa de execução da componente produção

Linha de financiamento	Valor CP	Executado	TX execução
<b>Cuidados Primários</b>			
<b>1. Consultas</b>	<b>1 179 513</b>	<b>1 189 633</b>	<b>100,86%</b>
Nº consultas médicas presenciais	635 198	640 110	100,8%
Nº consultas médicas não presenciais	544 315	549 523	101,0%
<b>2. Total das consultas médicas CSP</b>	<b>53 183</b>	<b>58 530</b>	<b>110,05%</b>
Nº visitas domiciliárias médicas	7 495	7 402	98,8%
Nº visitas domiciliárias de enfermagem	45 688	51 128	111,9%
<b>3. Outras Consultas por Pessoal não Médico</b>	<b>490 824</b>	<b>602 722</b>	<b>122,80%</b>
Nº consultas de enfermagem	460 195	570 815	124,0%
Nº consultas de outros profissionais	30 629	31 907	104,2%
<b>Cuidados Hospitalares</b>			
<b>1. Consultas Externas:</b>	<b>472 131</b>	<b>497 257</b>	<b>105,32%</b>
Nº de 1ªs consultas médicas	77 936	80 149	102,8%
Nº de 1ªs consultas referenciadas (CTH)	37 500	33 997	90,7%
Nº de 1ªs consultas descentralizadas	2 200	2 064	93,8%
Nº de consultas subsequentes médicas	337 295	365 649	108,4%
Nº de consultas subsequentes descentralizadas	17 200	15 398	89,5%
<b>2. Internamento</b>	<b>23 694</b>	<b>23 957</b>	<b>101,11%</b>
GDH Médicos	12 421	12 788	103,0%
GDH Cirúrgicos	6 767	6 286	92,9%
GDH Cirúrgicos Urgentes	4 506	4 883	108,4%
<b>3. Episódios de GDH de Ambulatório</b>	<b>19 482</b>	<b>22 740</b>	<b>116,72%</b>
GDH Cirúrgicos	11 392	13 342	117,1%
GDH Médicos	8 090	9 398	116,2%
<b>4. Urgências</b>	<b>122 434</b>	<b>117 003</b>	<b>95,56%</b>
<b>5. Sessões em Hospital de Dia</b>	<b>24 304</b>	<b>25 904</b>	<b>106,58%</b>
Base	17 702	18 563	104,9%
Hematologia/Imuno-hemoterapia	1 743	1 808	103,7%
Psiquiatria (Unidades Sócio Ocupacionais)	4 859	5 533	113,9%
<b>6. Rastreios - Nº de Rastreios</b>	<b>590</b>	<b>121</b>	<b>20,51%</b>
Rastreio do Cancro da Mama	40	12	30,0%
Rastreio do Cancro do Colo do Útero	300	0	0,0%
Rastreio do Cancro do Colon e Reto	250	109	43,6%
<b>7. Sessões de Radioncologia</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,00%</b>
<b>8. Sessões de Quimioterapia</b>	<b>10 470</b>	<b>11 733</b>	<b>112,06%</b>
<b>9. Serviços Domiciliários</b>	<b>552</b>	<b>366</b>	<b>66,30%</b>
Consultas Domiciliárias	174	133	76,4%
Hospitalização Domiciliária	378	233	61,6%
<b>Total</b>	<b>2 397 177</b>	<b>2 549 966</b>	<b>106,4%</b>

Fonte: SICA em 25 de março de 2025.



*Handwritten initials: P, NB, ct*

Existem objetivos designados de **Incentivos Institucionais**, aos quais se encontra associada a verba de 7% do valor do Contrato-Programa.

Pela primeira vez, foi introduzido um mecanismo que faz associar o cumprimento destes incentivos institucionais à majoração do valor total do Contrato-Programa no valor de até 3% no ano n+1.

Estes indicadores cobrem as áreas do acesso aos cuidados de saúde (3 indicadores), da qualidade (11 indicadores), da eficiência (5 indicadores) e integração de cuidados (8 indicadores).

Os indicadores contratualizados e a sua realização encontram-se discriminados no quadro seguinte.

É importante referir que nem todos os indicadores se encontram apurados pela ACSS, pelo que a taxa de execução de 60,2% poderá vir a revelar-se superior.

Destacam-se, pela positiva, as elevadas taxas de execução nas sub-áreas acesso, gestão da saúde, gestão da doença e qualificação da prescrição dos CSP.

O indicador “% pedidos em LEC dentro do TMRG” registou uma baixa taxa de execução, em parte pela excecionalmente elevada dimensão do volume de pedidos em espera aliado à falta de recursos humanos, bem como à falta de capacidade de resolução do seguimento de algumas dessas consultas (em particular nas especialidades cirúrgicas).

**Tabela 3 Acordo Modificativo 2024 - execução dos incentivos institucionais**

Indicador	Meta	Realizado	TX Exec. Ajust. (%)	Índice de Desemp.
<b>A. Acesso</b>				<b>26,0</b>
A.1. Índice de Desempenho* da Sub-área Acesso	80,0	78,8	98,5%	14,8
A.2. Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	63,0	36,5	58,0%	4,4
A.3. Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), dentro do TMRG	62,1	56,6	91,1%	6,8
<b>B. Qualidade</b>				<b>28,4</b>
B.1 Índice de Desempenho* da Sub-área Gestão da Saúde	60,0	72,0	120,0%	6,0
B.2 Índice de Desempenho* da Sub-área Gestão da Doença	64,5	80,6	120,0%	6,0
B.3 Índice de Desempenho* da Sub-área Qualificação da Prescrição	80,0	80,0	100,0%	5,0
B.4 Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico	2,9	3,2	89,6%	1,8
B.5 Percentagem de cirurgias em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis***	27,0	19,0	70,4%	1,4
B.6 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	63,0	50,8	80,6%	1,6
B.7. Demora média ajustada	1,1	1,1	95,9%	1,9
B.8. Demora média antes da cirurgia	0,8	0,8	95,5%	1,9
B.10 Número de ensaios clínicos iniciados no ano	85,0			
B.11 Percentagem de doentes saídos em hospitalização domiciliária (GDH) no total de doentes saídos (GDH)	1,5	1,0	68,3%	1,4
B.12 Percentagem de consultas hospitalares descentralizadas, domiciliárias e de saúde mental na comunidade no total de consultas hospitalares realizadas	4,0	3,4	86,2%	1,4
<b>C. Eficiência</b>				<b>0,0</b>
C.1. Gastos operacionais por Inscritos		1 212,3		0,0
C.2. Doente padrão por médico ETC		75,7		0,0
C.3. Doente padrão por enfermeiro ETC		50,3		0,0
C.4 Percentagem dos gastos com trabalho extraordinário, suplementos e fornecimentos e serviços externos (selecionados) no total de gastos com pessoal		20,1		0
C.5 EBITDA		-125 604 136		0
<b>D. Integração de Cuidados</b>				<b>5,9</b>
D.1 Resolutividade em doença aguda dos CSP	62,0			
D.2 Percentagem de população rastreada no Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU) no total de população inscrita elegível		101,9		0,0
D.3 Percentagem de população rastreada no Rastreio do Cancro do Cólon e Reto (RCCR) no total de população inscrita elegível		104,1		0,0
D.4 Percentagem de utilizadores frequentes do SU (> 4 episódios no ano)	2,6	3,1	81,2%	2,4
D.5 Percentagem de episódios triados com cor verde, azul ou branca no SU	47,0	53,2	86,8%	3,5
D.6 Taxa de internamento para amputação de membro inferior em pessoas com diabetes (ajustada para uma população padrão) (ID 360)**				
D.7 Taxa de internamentos evitáveis na população adulta (ajustada para uma população padrão) (ID 365)**				
D.8 Proporção de consultas de psicologia, nutrição e medicina dentária referenciadas por médicos dos cuidados de saúde primários ou médicos hospitalares, realizadas em menos de 90 dias				
<b>Índice de Desempenho Global</b>				<b>60,2%</b>
<b>Valor Incentivos Contratados (€)</b>				<b>28 653 395</b>
<b>Valor Incentivos Realizados (€)</b>				<b>17 255 504</b>

Fonte: SICA em 25 de março de 2025.



*Handwritten notes:*  
7 N3  
of  
ACUNA  
H. H. H.

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

### Pontos Fortes

- Capacidade Instalada – 3 hospitais em pleno funcionamento e 2 ACES com algumas Unidades Novas e outras em renovação.
- Boa articulação com as Câmaras Municipais de Oeiras e Cascais.
- Recursos Humanos experientes, diferenciados e responsáveis.
- Membro de pleno direito do Centro Clínico Académico de Lisboa.
- Ligação Histórica e presente com a FCM-NMS da UNL / boa capacidade formativa.
- Multidisciplinaridade e multiprofissionalismo.
- Departamento de Investigação Clínica e CoLab como suporte e promoção de ensaios clínicos, estudos, investigação e inovação.
- Sistema de registo clínico universal (SPMS) nos 3 hospitais e ACES, com melhorias significativas nos sistemas de informação.
- Possibilidade de potenciar as atividades preventivas e de promoção da saúde.
- Mais autonomia e desburocratização.

### Pontos Fracos

- Carência de RH em algumas áreas, nomeadamente nas carenciadas ao nível da Região: MGF; Anestesiologia; Ortopedia; Neurocirurgia; Oftalmologia.
- Dificuldades no cumprimento dos TMRG e de acesso a algumas especialidades médicas/rastreios.
- Resposta da RNCCI / outras respostas sociais insuficientes.
- Multiplicidade dos regimes de contratação de pessoal e das formas de remuneração muito díspares.
- Dispersão geográfica das unidades da ULS, podendo motivar resistência à integração na nova organização e cultura organizacional.
- Entraves à internalização de MCDT.
- Heterogeneidade de instalações e nível de serviço prestado.
- Alguns Recursos Humanos em limite (*burnout*).
- Orçamento deficitário no arranque e ao longo do ano.

### Oportunidades

- Melhoria da integração do percurso do cidadão (saúde e doença) com a articulação/ integração das estruturas CSP e hospitais.
- Melhoria dos processos de transição segura dos cuidados.
- Otimização de recursos.
- Possibilidade de otimizar a capacidade instalada com internalização de MCDT.
- Implementação de novos programas de telemonitorização e telessaúde.
- Criação possível de economia de escala.
- Integração de Ensino e Investigação aumentando a base de recrutamento e o número de investigadores.
- Desenvolvimento de projetos comuns e financiamento de novos quadros ou profissões.
- Potenciar Financiamentos externos.

### Ameaças

- Concorrência exercida pelos sectores público e privado.
- Resistência e desconfiança à mudança e integração devido a culturas diferentes.
- Área de abrangência muito maior que a de referenciação ou de habitual ligação entre ACES e Hospital.
- Dificuldade de atração e fixação de médicos e enfermeiros.
- Instabilidade criada por fatores internos (modelo ainda muito centralizado na resposta à doença aguda) e fatores externos, como políticos, económicos e financeiros tanto nacionais como internacionais.
- Insuficiência de estruturas de apoio social na comunidade, nomeadamente das famílias.
- Número de cidadãos com mais de 65 anos a viver sozinhos, e perfil de saúde.
- Nível de Literacia das populações baixo.
- Interoperabilidade dos SI.
- Custos crescentes de Saúde.

4. Evidenciação da atuação em conformidade com as orientações definidas pelos ministérios setoriais, designadamente as relativas à política setorial a prosseguir, às orientações específicas a cada empresa, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível de serviço público a prestar pela empresa (vide n.º 4 do artigo 39.º do RJSPE).

Handwritten notes in blue ink: "7/25/24" and "ACSS" with a signature.

Anualmente, a ACSS, por orientações da Tutela, publica o documento “Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS” para o ano seguinte, onde são expressas as prioridades da Política de Saúde, assim como as medidas ao nível dos planos de saúde nacional e regionais, bem como os princípios orientadores do processo de contratualização de cuidados no âmbito do SNS, no que respeita a atividades, objetivos e resultados a alcançar.

O referido documento está disponível para consulta pelo cidadão no site da ACSS (Prestadores > Contratualização > Contratualização Hospitalar > Termos de Referência:

[https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/11/Termos-Referencia-2024\\_vf.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/11/Termos-Referencia-2024_vf.pdf)

Neste documento é, ainda, explicitado o modelo e as regras de contratualização entre as ULS e a Tutela Técnica (representada, em 2024, no Contrato-Programa pela Direção Executiva do SNS (DE-SNS) e pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

O Contrato-Programa estabelecido para o triénio 2024-2026, encontra-se publicado no *site* da ACSS:

[Contrato-Programa-2024-2026-ULS-Lisboa-Occidental-EPE.pdf](#)

Neste âmbito, os Hospitais SNS estão obrigados a prestar contas mensalmente, submetendo, na plataforma SICA (Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento), os dados relativos aos cuidados prestados nas suas diversas linhas de produção e, nos Serviços Online da UOGF (SIGEF), os dados financeiros.

Deste modo, toda a atividade contratada com os hospitais pode ser objeto de monitorização mensal através dos relatórios de monitorização do Portal SICA, assim como através dos *dashboards* de monitorização mensal e de *benchmarking* que são publicados no *microsite* de “Monitorização do SNS”, alojado no sítio institucional da ACSS e no Portal do SNS (<https://www.sns.gov.pt/>).



N3  
CB  
Alina  
JS  
plu

### III. Estrutura de Capital

1. Divulgação da estrutura de capital (consoante aplicável: capital estatutário ou capital social, número de ações, distribuição do capital pelos acionistas, etc.), incluindo indicação das diferentes categorias de ações, direitos e deveres inerentes às mesmas e percentagem de capital que cada categoria representa (vide alínea a) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).

A ULSLO, E.P.E., é um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde. O capital estatutário é de 217.144.727,00€, detido na totalidade pelo Estado Português (Direção-Geral do Tesouro e Finanças).

Cf.: <https://www.dgff.gov.pt/uls-de-lisboa-ocidental>

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

De acordo com o n.º 1 do Art.º 59.º do Decreto-Lei 133/2003, de 3 de outubro, que aprova o novo regime jurídico do sector público empresarial,

*“As entidades públicas empresariais têm um capital, designado «capital estatutário», detido pelo Estado e destinado a responder às respetivas necessidades permanentes.”*

Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro:

- <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2013-58582281>

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

Não existem acordos parassociais.

## IV. Participações Sociais e Obrigações detidas

1. Identificação das participações sociais que a empresa pública detém (vd. alínea b) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).

Nem a Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, nem os órgãos sociais, detêm participações diretas ou indiretas em entidades societárias.

2. Explicitação da aquisição e alienação de participações sociais, bem como da participação em quaisquer empresas de natureza associativa ou fundacional (vide alínea c) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).

Apesar de não haver participações sociais, há participações da ULSLO de natureza associativa:

- SUCH, Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, cujo valor anual da quota é de 3.000 euros;

3. Indicação do número de ações e obrigações detidas por membros dos órgãos de administração e de fiscalização, bem como das pessoas indicadas no n.º 2 do artigo 447.º do CSC, nos termos do n.º 5 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 empresa.

Não existem

*Handwritten signature and initials in blue ink, including the name 'Alcova' and a large flourish.*

*NS*  
*cf*  
*Acouma*  
*J. Silva*

## V. Órgãos Sociais e Comissões

### A. Modelo de Governo

A empresa deve apresentar um modelo de governo societário que assegure a efetiva separação entre as funções de administração executiva e as funções de fiscalização (vide n.º 1 do artigo 30.º do RJSPE).

#### 1. Identificação do modelo de governo adotado.

Mandato CA (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação	
			Forma	Data
<b>Conselho de Administração</b>				
<b>Período: 01 janeiro 2024 a 31 janeiro 2024</b>				
2020-2022	Presidente	Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva		
	Vogal Executivo	Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	Despacho n.º	
	Vogal Executivo	Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre	8736/2020	11/09/2020
	Diretor Clínico	Dr. José Manuel Fernandes Correia	Finanças e	
	Enfermeira Diretora	Enf.ª Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos	Saúde	
<b>Período: 01 fevereiro 2024 a 05 setembro 2024</b>				
2024-2027	Presidente	Dr.ª Carla Alexandra de Menezes Moutinho Henriques Gonçalves Catarino (a)	Despacho n.º	
	Diretora Clínica para a área dos CSH	Dr.ª Cláudia Maria Rascão da Silva Branco (b)	2443/2024	07/03/2024
	Diretor Clínico para a área dos CSP	Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio	Direção Executiva do	
	Vogal Executivo	Dr.ª Maria Amanda Morato Bravo Moura	SNS, I.P.	
	Vogal Executivo	Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre (b)		
Enfermeira Diretora	Enf.ª Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão			
<b>Período: a partir de 06 setembro 2024</b>				
2024-2027	Presidente	Dr.ª Maria Isabel Beato Viegas Aldir	Despacho n.º	
	Diretor Clínico para a área dos CSH	Dr. Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas	11838/2024	07/10/2024
	Diretor Clínico para a área dos CSP	Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio	Direção Executiva do	
	Vogal Executivo	Dr.ª Maria Amanda Morato Bravo Moura	SNS, I.P.	
	Vogal Executivo	Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes		
Enfermeira Diretora	Enf.ª Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão			
(a) em 25/06/2024 foi designada para integrar o conselho de gestão da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P (RCM n.º 85/2024 de 09/07/2024)				
(b) por motivo de demissão dos titulares				
<b>Conselho Fiscal</b>				
2021-2023	Presidente	Dr. Vitor Manuel Baptista de Almeida	Despacho n.º	16/12/2021
	Vogal	Dr.ª Carla Maria Lamego Ribeiro	12171/2021	
	Vogal	Dr.ª Tânia Isabel Branco de Jesus		
	Vogal Suplente	Dr. Rui Miguel Marques Neves Pinto Bandeira		

Nos termos dos artigos 6.º e 13.º dos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, E. P. E., constantes do anexo II ao decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, do n.º 3 do artigo 13.º, da alínea c) do n.º 3 do artigo 20.º, do n.º 8 do artigo 28.º do decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual, do n.º 3 do artigo 73.º do decreto-Lei n.º 169-B/2019, de 3 de dezembro, e dos n.ºs 1 e 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 200/2019, 19 de dezembro, através do Despacho n.º 8736/2020 de 11 de setembro de 2020 nomeou, para exercício de funções no conselho de administração, para um mandato de três anos Rita Perez Fernandez da Silva, José Manuel Fernandes Correia, Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos, Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira e Pedro Emanuel Ventura Alexandre, respetivamente, para o cargo de Presidente do Conselho de Administração, Vogal Executivo com funções de Diretor Clínico, vogal executiva com funções de enfermeira diretora, vogais executivos do CHLO.

Atendendo à reestruturação operada pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que tem subjacente um novo modelo de gestão e de prestação de cuidados de saúde aos utentes, procedeu-se à "recomposição" do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E. P. E., de forma a existir plenitude na liderança destas complexas e exigentes instituições. Assim, nos termos da alínea b) do n.º 1 do



*Handwritten notes:*  
NB  
cf  
scara  
H  
H

artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, dos artigos 69.º e 77.º dos Estatutos dos hospitais, Centros Hospitalares, Institutos Portugueses de Oncologia e Unidades Locais de Saúde, constantes do capítulo IV do Decreto Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua atual redação e, dos números 3 e 5 do artigo 13.º, e da alínea c) do n.º 3 do artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual, e do artigo 26.º da Lei n.º 82/2023, de 29 de dezembro, que aprova o Orçamento do Estado para 2024, determinou, através do despacho n.º 2443/2024, de 7 de março nomear para exercerem funções no conselho de administração da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental Carla Alexandra de Menezes Moutinho Henriques Gonçalo Catarino para o cargo de Presidente, Cláudia Maria Rascão da Silva Branco, como Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde hospitalares, Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio como Diretor Clínico para a área dos cuidados de saúde primários, Maria Armanda Morato Bravo Moura e Pedro Emanuel Ventura Alexandre como Vogais Executivos e Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão como Enfermeira Diretora.

Atendendo à vacatura dos cargos de Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Lisboa Ocidental, E. P. E., em virtude da anterior titular ter sido designada para integrar o Conselho de Gestão da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P., e de diretora clínica para a área dos cuidados de saúde hospitalares e de um dos vogais executivos, por motivo de demissão dos anteriores titulares, tornou-se necessário proceder à designação de novos titulares para os referidos cargos, para completar o mandato em curso do atual conselho de administração, designado pelo Despacho n.º 2443/2024, de 7 de março. Pelo que através do Despacho n.º 11838/2024, de 7 de outubro, nomeiam-se os seguintes membros para exercerem funções do conselho de administração da ULSLO: Maria Isabel Beato Viegas Aldir como Presidente, Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas como Diretor clínico para a área nos cuidados de saúde hospitalares e Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes para Vogal Executivo.

A presente resolução reporta os seus efeitos ao dia 6 de setembro de 2024.

## B.Assembleia Geral

---

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

Não existe Assembleia Geral.

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

Não existe.



## C. Administração e Supervisão

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

As regras aplicáveis à nomeação, composição e mandato, competências, funcionamento e vinculação dos membros do Conselho de Administração eram, à data da sua nomeação, as constantes no:

- Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde;
  - Artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua redação atual, que aprova o novo regime jurídico do sector público empresarial;
  - Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual, que aprova o novo estatuto do gestor público.
2. Indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros e duração estatutária do mandato dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão.

Mandato CA (Início - Fim)	Cargo	Nome	Indicação do número total de mandatos
<b>Período: 01 janeiro 2024 a 31 janeiro 2024</b>			
2020-2022	Presidente	Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	2
	Vogal Executivo	Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	4
	Vogal Executivo	Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre	1
	Diretor Clínico	Dr. José Manuel Fernandes Correia	2
	Enfermeira Diretora	Enf.ª Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos	1
<b>Período: 01 fevereiro 2024 a 05 setembro 2024</b>			
2024-2027	Presidente	Dr.ª Carla Alexandra de Menezes Moufinho Henriques Gonçalves Catarino (a)	1
	Diretora Clínica para a área dos CSH	Dr.ª Cláudia Maria Rascão da Silva Branco (b)	1
	Diretor Clínico para a área dos CSP	Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio	1
	Vogal Executivo	Dr.ª Maria Armanda Morato Bravo Moura	1
	Vogal Executivo	Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre (b)	2
	Enfermeira Diretora	Enf.ª Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão	1
<b>Período: a partir de 06 setembro 2024</b>			
2024-2027	Presidente	Dr.ª Maria Isabel Beato Viegas Aldir	1
	Diretor Clínico para a área dos CSH	Dr. Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas	1
	Diretor Clínico para a área dos CSP	Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio	1
	Vogal Executivo	Dr.ª Maria Armanda Morato Bravo Moura	1
	Vogal Executivo	Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	1
	Enfermeira Diretora	Enf.ª Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão	1



NS  
of  
suave  
J  
yline

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

Mandato CA (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação		Remuneração	
			Forma (1)	Data	Entidade Pagadora	Entidade Pagadora (O/D)
<b>Período: 01 janeiro 2024 a 31 janeiro 2024</b>						
	Presidente	Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva			ULSLO	0
	Vogal Executivo	Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	Despacho n.º 8736/2020		ULSLO	D
2020-2022	Vogal Executivo	Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre	Finanças e Saúde	11/09/2020	ULSLO	D
	Diretor Clínico	Dr. José Manuel Fernandes Correia			ULSLO	0
	Enfermeira Diretora	Enf.ª Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos			ULSLO	D
<b>Período: 01 fevereiro 2024 a 05 setembro 2024</b>						
	Presidente	Dr.ª Carla Alexandra de Menezes Moutinho Henriques Gonçalo Catarino (a)			ULSLO	D
	Diretora Clínica para a área dos CSH	Dr.ª Cláudia Maria Rascão da Silva Branco (b)	Despacho n.º 2443/2024		ULSLO	D
2024-2027	Diretor Clínico para a área dos CSP	Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio	Direção Executiva do SNS, I.P.	07/03/2024	ULSLO	D
	Vogal Executivo	Dr.ª Maria Armanda Morato Bravo Moura			ULSLO	D
	Vogal Executivo	Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre (b)			ULSLO	D
	Enfermeira Diretora	Enf.ª Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão			ULSLO	D
<b>Período: a partir de 06 setembro 2024 Direção Executiva do SNS, I.P.</b>						
	Presidente	Dr.ª Maria Isabel Beato Viegas Aldir			ULSLO	0
	Diretor Clínico para a área dos CSH	Dr. Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas	Despacho n.º 11838/2024		ULSLO	D
2024-2027	Diretor Clínico para a área dos CSP	Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio	Direção Executiva do SNS, I.P.	07/10/2024	ULSLO	D
	Vogal Executivo	Dr.ª Maria Armanda Morato Bravo Moura			ULSLO	D
	Vogal Executivo	Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes			ULSLO	D
	Enfermeira Diretora	Enf.ª Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão			ULSLO	D

(1) indicar Resolução (R)/AG/DUE/Despacho (D)

(2) Opção Pela Remuneração do Lugar de Origem ou opção pela média dos últimos 3 anos - previsto nos n.º 8 e 9 do artigo 28º do EGP, indicar entidade pagadora (0-Origem/D-Destino)

4. Distinção dos membros executivos e não executivos do Conselho de Administração e, relativamente aos membros não executivos, identificação dos membros que podem ser considerados independentes ou, se aplicável, identificação dos membros independentes do Conselho Geral e de Supervisão (vide artigo 32.º do RJSPe).

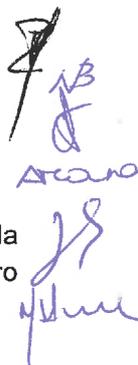
Não existem membros não executivos do Conselho de Administração.

5. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo.

Os elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do Conselho de Administração, encontram-se disponíveis nos seguintes despachos:

- Despacho n.º 8736/2020 Finanças e Saúde (Conselho de Administração – 01 a 31 janeiro 2024)  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/8736-2020-142487149>
- Despacho n.º 2443/2024 Direção Executiva do SNS, I.P. (Conselho de Administração – 01 fevereiro a 05 setembro de 2024)  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/2443-2024-854545719>
- Despacho n.º 11838/2024 Direção Executiva do SNS, I.P. (Conselho de Administração – a partir de 06 setembro de 2024)  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/11838-2024-889940247>





## FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES

O Conselho de Administração é composto pelo Presidente e por cinco vogais, nomeados por despacho da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P., sendo dois deles Diretores Clínicos e outro 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

---

**Dr.ª Maria Isabel Beato Viegas Aldir:** Para além das competências próprias, este elemento coordenará a gestão estratégica dos seguintes pelouros:

- Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão;
- Serviço de Auditoria Interna;
- Serviço de Comunicação e Imagem;

#### Vogais Executivos

---

**Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes:** Para além das competências próprias, este elemento coordenará as competências na gestão estratégica dos seguintes pelouros:

- Serviço de Gestão de Recursos Humanos;
- Serviço de Gestão do Acesso e Suporte Clínico ao Doente;
- Serviço Jurídico e de Contencioso;
- Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação;
- Serviço de Instalações e Equipamentos.

**Dra. Maria Armada Morato Bravo Moura:** Para além das competências próprias, este elemento coordenará as competências na gestão estratégica dos seguintes pelouros:

- Serviço de Gestão de Compras;
- Serviço de Logística e Distribuição;
- Serviço Financeiro.

**Professor Doutor Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas (Diretor Clínico Hospitalar):** Para além das competências próprias, este elemento acumula as competências na gestão estratégica dos seguintes pelouros:

- Serviço de Inovação e de Investigação Clínica;
- Serviço de Saúde Ocupacional;
- Serviço de ensino Pré e Pós-graduado;
- Serviços Farmacêuticos;
- Serviço Social.



*Handwritten notes and signatures:*  
d N3  
ACQUA  
J  
y

**Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio (Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários):** Para além das competências próprias, este elemento acumula as competências de gestão corrente dos cuidados de saúde primários e a gestão estratégica dos seguintes pelouros:

- Serviço de Nutrição Clínica;
- Serviço de Psicologia Clínica.

**Enf.ª Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão (Enf.ª Diretora):** Para além das competências próprias, este elemento acumula as competências na gestão estratégica dos seguintes pelouros:

- Serviço de Esterilização;
- Serviço de Gestão Hoteleira;
- Área dos Cuidados Continuados Integrados;
- Cuidados Paliativos.

A delegação de competências do Conselho de Administração da ULSLO consta da Deliberação (extrato) n.º 1608/2024, de 11 de dezembro:

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/deliberacao-extrato/1608-2024-899753166>

#### Conselho Fiscal:

---

**Presidente:** Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida

**Vogal:** Dr.ª Carla Maria Lamego Ribeiro

**Vogal:** Dra. Tânia Isabel Branco de Jesus

**Vogal Suplente:** Dr. Rui Miguel Marques Neves Pinto Bandeira

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

*NB*  
*Acou*  
*JS*  
*Mun*

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

a. Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas:

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Mandato CA (Início - Fim)	Cargo	Nome	N.º Reuniões	Assiduidade
<b>Conselho de Administração</b>				
<b>Período: 01 janeiro 2024 a 31 janeiro 2024</b>				
2020-2022	Presidente	Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	6	100%
	Vogal Executivo	Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	6	100%
	Vogal Executivo	Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre	6	100%
	Diretor Clínico	Dr. José Manuel Fernandes Correia	6	100%
	Enfermeira Diretora	Enf.ª Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos	6	100%
<b>Período: 01 fevereiro 2024 a 05 setembro 2024</b>				
2024-2027	Presidente	Dr.ª Carla Alexandra de Menezes Moutinho Henriques Gonçalo Catarino (a)	21	68%
	Diretora Clínica para a área dos CSH	Dr.ª Cláudia Maria Rascão da Silva Branco (b)	28	90%
	Diretor Clínico para a área dos CSP	Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio	28	90%
	Vogal Executivo	Dr.ª Maria Armanda Morato Bravo Moura	30	97%
	Vogal Executivo	Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre (b)	28	90%
	Enfermeira Diretora	Enf.ª Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão	29	94%
<b>Período: a partir de 06 setembro 2024</b>				
2024-2027	Presidente	Dr.ª Maria Isabel Beato Viegas Aldir	16	100%
	Diretor Clínico para a área dos CSH	Dr. Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas	14	88%
	Diretor Clínico para a área dos CSP	Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio	13	81%
	Vogal Executivo	Dr.ª Maria Armanda Morato Bravo Moura	16	100%
	Vogal Executivo	Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	16	100%
	Enfermeira Diretora	Enf.ª Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão	16	100%

Nota: Em 2024 realizaram-se 53 reuniões. (Período de 01/01 a 31/01, 6 reuniões; Período de 01/02 a 05/09, 31 reuniões e Período de 06/09 a 31/12, 16 reuniões)

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

Não existem.

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

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

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

As comissões de apoio técnico são órgãos de carácter consultivo que têm por função colaborar com o conselho de administração, por sua iniciativa ou a pedido daquele, nas matérias da sua competência.

Foram designadas como comissões de apoio técnico, pelo Conselho de Administração, as seguintes:

- Comissão de emergência e catástrofe;
- Comissão de farmácia e terapêutica;



Handwritten signatures and initials in blue ink, including "NB", "ct", "Arana", and "yhuu".

- Comissão de ética para a saúde;
- Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA)
- Comissão de transfusão;
- Comissão de coordenação oncológica;
- Comissão de proteção radiológica;
- Equipa local de gestão de camas;
- Gabinete de codificação e auditoria clínica;
- Coordenador hospitalar de doação.
- Comissão técnica de certificação da interrupção da gravidez;
- Comissão local de informatização clínica;
- Comissão de tratamento de dados pessoais;
- Núcleo Hospitalar de crianças e jovens em Risco (NHCJR);
- Equipa para a prevenção da violência em adultos (EPVA);
- Comissão de qualidade e segurança do doente;
- Comissão de apoio para o programa de intervenção operacional de prevenção ambiental da *legionella* (PIOPAL);
- Equipa Local para a Estratificação pelo Risco.

Das quais destacamos:

### Comissão de Farmácia e Terapêutica

Constituição:

- Prof. Doutor João Gamelas (Presidente)
- Prof.ª Doutora Fátima Falcão
- Dr.ª Ana Cláudia Miranda
- Dr.ª Ana Mirco
- Dr.ª Inês Araújo
- Dr. Nuno Basílio
- Dr.ª Patrícia Cavaco
- Dr.ª Liliana Calixto (Secretariado Técnico)

Compete à Comissão de Farmácia e Terapêutica:

- Atuar como órgão de ligação entre os serviços de ação médica e os serviços farmacêuticos, difundindo a informação necessária (normas e procedimentos relativos à utilização de medicamentos) à promoção do uso racional do medicamento na ULSLO;
- Pronunciar-se sobre a adequação da terapêutica prescrita aos doentes, quando solicitado pelo seu presidente e sem quebra das normas deontológicas;
- Selecionar, designadamente entre as alternativas terapêuticas previstas no Formulário Nacional de Medicamentos (FNM) a lista de medicamentos que serão disponibilizados pela ULSLO, e implementar e monitorizar o cumprimento dos critérios de utilização de medicamentos emitidos pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) e dos protocolos de utilização, de acordo com os critérios e condições de utilização dos medicamentos aí previstos;
- Monitorizar os dados resultantes da utilização de medicamentos e outras tecnologias de saúde, promovendo estudos de utilização de medicamentos, nomeadamente através dos registos que



*Handwritten notes and signatures in blue ink, including the name 'Sousa' and initials 'JS'.*

tenham sido considerados necessários no âmbito de decisões de financiamento das tecnologias de saúde;

- Representar a instituição na articulação com a CNFT e colaborar com a mesma disponibilizando a informação e os pareceres acerca da utilização dos medicamentos na sua instituição, sempre que para isso for solicitada;
- Diligenciar a promoção de estratégias efetivas na utilização racional do medicamento na instituição;
- Colaborar com o Sistema Nacional de Farmacovigilância, nos termos da legislação em vigor;
- Apreçar 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;
- Promover a formação contínua na área do medicamento e outras tecnologias de saúde;
- Propor o que tiver por conveniente dentro das matérias da sua competência.

No decorrer do ano 2024, realizaram-se 51 reuniões, entre outras atividades, foram analisados:

- 2114 Pedidos individualizados de outros medicamentos.
- 210 Ofícios de pedido de avaliação prévia emitidos pelo Infarmed;
- 19 Pedidos de introdução de medicamentos ou formulações de uso geral;
- 18 Pareceres solicitados pela CNFT;
- 9 Protocolos Terapêuticos;
- 8 Pedidos de introdução de dispositivos médicos
- 4 Folhetos informativos;
- 1 Boletim Farmacêutico.

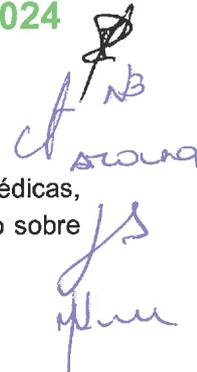
#### **Comissão de ética para a saúde (CES)**

Constituição até outubro de 2024:

- Dr.<sup>a</sup> Paula M. R. Peixe (Presidente)
- Dr.<sup>a</sup> Lucília Carvalho (Vice-Presidente)
- Dr.<sup>a</sup> Aida Ferraria;
- Enf.<sup>a</sup> Clara Carvalho
- Dr. Carlos Neves – até 05/02/2024;
- Dr.<sup>a</sup> Helena Farinha – até 08/04/2024;
- Padre João Valente;
- Dr.<sup>a</sup> Maria João Pais

Constituição desde novembro de 2024:

- Dr.<sup>a</sup> Paula M. R. Peixe (Presidente)
- Dr.<sup>a</sup> Lucília Carvalho (Vice-Presidente)
- Dr.<sup>a</sup> Aida Ferraria;
- Dr.<sup>a</sup> Ana Mirco;
- Enf.<sup>a</sup> Clara Carvalho
- Dr.<sup>a</sup> Ivone Gonçalves Gaspar
- Padre João Valente;
- Dr.<sup>a</sup> Maria João Pais;
- Dr.<sup>a</sup> Sara Querido



A CES tem como finalidade zelar 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.

Compete à Comissão de Ética:

- Zelar, no âmbito do funcionamento da instituição ou serviço de saúde respetivo, pela salvaguarda da dignidade e integridade humanas;
- Emitir, por sua iniciativa ou por solicitação, pareceres sobre questões éticas no domínio das atividades da instituição ou serviço de saúde respetivo;
- 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;
- 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;
- Pronunciar-se sobre a suspensão ou revogação da autorização para a realização de ensaios clínicos na instituição ou serviço de saúde respetivo;
- Reconhecer a qualificação científica adequada para a realização de ensaios clínicos, relativamente aos médicos da instituição ou serviço de saúde respetivo;
- 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 decorrer do ano 2024, realizaram-se 11 reuniões ordinárias e 1 extraordinária da CES da ULSLO, salientando as seguintes atividades:

- Atividade assistencial (emissão de pareceres por solicitação de diferentes serviços da ULSLO);
- Atividade de investigação (foram recebidos 160 pedidos de parecer para realização de estudos), forma submetidos a apreciação:
  - 92 registos observacionais/projetos investigação clínica (parecer favorável: 71, em apreciação/pendente: 21)
  - 18 estudos conducentes a provas académicos (parecer favorável: 11, parecer desfavorável: 1, em apreciação/pendente: 6)
  - 31 adendas/emendas a estudos aprovados anteriormente (parecer favorável: 28, parecer desfavorável: 1, em apreciação/pendente: 2);
- Publicação de artigos em revistas indexadas (3 pedidos à posteriori com parecer favorável);
- Foram avaliados 15 modelos de consentimento informado e 1 folheto informativo;
- Apreciaram-se 461 justificações para autorização de utilização de medicamentos cuja indicação não se encontra aprovada no respetivo RCM.

### **Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA)**

Constituição:

- Dr.ª Ana Catarina da Conceição (Coordenadora)
- Enf.ª Clara Carvalho (Enf.ª Gestora)
- Dr.ª Ana Leitão;
- Enf.ª Ana Raquel Falcão

*N3*  
*ct*  
*osana*  
*js*  
*yh*

- Dr.<sup>a</sup> Ana Rita Mendes;
- Dr.<sup>a</sup> Ana Rita Martins;
- Dr. António Tralhão;
- Dr.<sup>a</sup> Dina Mendes;
- Dr.<sup>a</sup> Elsa Gonçalves;
- Dr.<sup>a</sup> Joana Pereira;
- Dr. João Delgado;
- Dr.<sup>a</sup> Margarida Pereira;
- Enf.<sup>a</sup> Maria Francelina Rebelo;
- Enf.<sup>a</sup> Maria João Batista;
- Dr.<sup>a</sup> Maria Madalena Tuna;
- Enf.<sup>a</sup> Maria Margarida Cabral;
- Dr.<sup>a</sup> Rita Reis;
- Dr.<sup>a</sup> Susana Jesus
- Dr.<sup>a</sup> Susana Peres

#### **Comissão local de informatização clínica**

Constituição:

- Dr. Renato Mota (coordenador)
- Dr. Jorge Azinheira
- Eng.º Jorge Alves
- Dr. Vítor Pedrosa
- Enf.<sup>a</sup> Célia Osana

A Comissão local de Informatização clínica (CLIC) tem como objetivo principal, apoiar o conselho de administração na estratégia das tecnologias de informação e comunicação, garantindo a integração na ULSLO das iniciativas no âmbito do ENESIS 2020.

A CLIC é responsável por:

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

#### **Comissão de qualidade e segurança do doente**

Constituição

- Dr. Alexandre Duarte (Presidente)
- Enf.<sup>a</sup> Elsa do Carmo
- Dr.<sup>a</sup> Ana Catarina da Conceição
- Dr.<sup>a</sup> Carla Patrocínio
- Dr.<sup>a</sup> Cláudia Penedo
- Dr.<sup>a</sup> Elvira Perea
- Enf.<sup>a</sup> Laura Patrocínio



- Dr.ª Margarida Gonçalves
- Enf.ª Maria Adelaide Pereira
- Enf.ª Maria de Fátima Almeida
- Dr.ª Maria Rosa Alves
- Dr.ª Marina Antunes
- Dr.ª Paula Laranjeiro
- Enf.ª Rita Neves
- Ana Maria Reis (Secretariado)

A Comissão de Qualidade e segurança (CQS) da ULSLO enquanto comissão de apoio técnico, tem caráter consultivo e por função colaborar com o Conselho de Administração, por sua iniciativa ou a pedido daquele, nas matérias da sua competência.

A CQS tem como objetivos a promoção e o desenvolvimento de uma cultura interna de qualidade e de segurança que visa a melhoria contínua da qualidade, a eficiência dos cuidados de saúde prestados e a promoção da segurança dos doentes e dos profissionais, em consonância com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

#### Competências:

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

A Comissão de qualidade e segurança do doente, na prossecução das suas atividades e tendo em vista o acompanhamento das diversas vertentes, é composta por quatro núcleos especializados:

- Auditoria Clínica,
- Certificação e Acreditação,
- Segurança do Doente,
- Humanização

#### Resumo das principais atividades desenvolvidas em 2024:

- Realização de 24 auditorias clínicas a diversos serviços clínicos;
- Elaboração e divulgação de 12 Procedimentos Multissetoriais;
- Acompanhamento de 38 projetos de certificação/recertificação no âmbito do Modelo de Certificação do Ministério da Saúde (modelo ACSA): HSC na sua globalidade, 22 Serviços Clínicos Hospitalares, 7 Centros de Referência e 8 Unidades funcionais dos CSP;
- Acompanhamento de 16 auditorias de certificação da DGS-ACSA: Serviços Clínicos (Blocos Operatórios do HEM, HSC e HSFX, Anatomia Patológica, Cardiologia, Cirurgia Cardiorácica, Nefrologia, Neurologia e Oncologia Médica), Centros de Referência (Cardiologia de Intervenção Estrutural, Epilepsia Refratária, Transplante do Coração-Adultos e Transplante do Rim-Adultos) e Unidades Funcionais dos CSP (USF Delta, USF Descobertas e USF Santo Condestável);



*Handwritten notes and signatures in blue ink, including a checkmark and various initials.*

- Acompanhamento da auditoria do IPST à Unidade de Transplantação Renal do HSC;
- Leitura, análise e colaboração com os serviços na resolução de situações reportadas (notificação de incidentes e eventos adversos) na plataforma The Patient Safety® (1.302 incidentes) e na plataforma NOTIFICA® da DGS (40 incidentes);
- Divulgação de diversos eventos ao longo do ano alusivos à temática da Segurança do doente/PNSD 2021-2026 e realização de conferência e mesas debate no HEM, sobre o tema "Diagnóstico Seguro: Faça-o corretamente, torne-o seguro";
- Elaboração e publicação da tabela de medidas/2024 no âmbito do "Compromisso para a Humanização" e Plano de Ação/2024 da CNHCS-SNS;
- Celebração dos 10 anos do Hospital das Artes e inauguração de mural no HAFX, no âmbito do projeto "Marinheiros da Esperança";
- Colaboração com o Serviço de Comunicação e Imagem na realização da 1ª Corrida/Caminhada da ULSLO (Estádio do Jamor, dia 29/09/2024);
- Realização do "Estudo sobre satisfação profissional dos funcionários das unidades hospitalares da ULSLO" e do "Instrumento da satisfação profissional dos funcionários dos CSP da ULSLO".

Para mais detalhe, consultar o "Relatório de Atividades da CQS- Ano 2024", disponível no sítio da ULSLO, em:

[https://www.ulslo.min-saude.pt/images/documents/relatorios-/2024\\_ ULSLO\\_CQS\\_RA\\_12022025\\_CA.pdf](https://www.ulslo.min-saude.pt/images/documents/relatorios-/2024_ ULSLO_CQS_RA_12022025_CA.pdf)

#### **Comissão de apoio ao programa de intervenção operacional de prevenção ambiental da legionella (PIOPAL)**

Constituição:

- Dra. Carlos Galamba (Presidente)
- Dr.ª Catarina Conceição
- Dr. Alexandre Duarte
- Eng.º Duarte Cameirão
- Eng.º Nuno Horta
- Eng.º Nuno Fernandes
- Eng.º Paulo Lopes
- Eng.º Ricardo Porto
- Técnica Joana Ferreira
- Dr. Sérgio Santos
- Eng.ª Carla Dias e Eng.ª Patrícia Pacheco (em substituição)
- Eng.º Paulo Diegues

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

#### **Comissão de tratamento de dados pessoais**

Constituição:

- Dr. Carlos Galamba (Presidente)
- Dr. António Carvalho
- Dr. Alexandre Duarte



- Dr.<sup>a</sup> Graça Bessone
- Enf.<sup>a</sup> Susana Quintão
- Dra. Ana Luísa Caetano
- Dr. João Torres
- Eng.<sup>o</sup> Jorge Pedroso
- Dr.<sup>a</sup> Isabel Elisiário
- Dr. Tiago Soares
- Natacha Paiva (Secretariado)

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

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

Compete a esta Comissão:

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

#### **Equipa Local para a Estratificação pelo Risco**

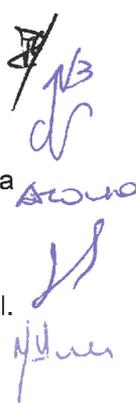
Constituição:

- Dr.<sup>a</sup> Dimey Carvalho;
- Dr. Duarte Brito;
- Dr. Gonçalo Santos;
- Dr.<sup>a</sup> Luciana Gomes;
- Dr. Nuno Basílio;
- Enf.<sup>o</sup> Pedro Lavinha;
- Dr.<sup>a</sup> Teresa Baptista;
- Dr.<sup>a</sup> Teresa Boto

A estratificação pelo risco consiste numa abordagem sistemática, de abrangência populacional, usada para prever necessidades futuras. A utilização destes instrumentos assenta em 4 princípios:

- a) **Planeamento de recursos.**
- b) **Definição de processos assistenciais e de modelos de intervenção clínica** ajustados a vários subgrupos populacionais.

- c) **Financiamento** considerando o risco clínico (vide Despacho n.º 11241-D/2024 - termos de referência para a contratualização em 2025).
- d) **Avaliação do desempenho.**



A estratificação classifica e agrupa os indivíduos, permitindo identificar subpopulações com risco comparável.

#### Atividades da Equipa de Estratificação de Risco

No âmbito da **definição de áreas prioritárias** para investigação e intervenção, foi realizada pela Equipa Local de estratificação do Risco, uma exploração ativa do BI-ER (disponibilizado pela ACSS/SPMS no final do mês de outubro de 2024).

Na **melhoria dos registos clínicos**, verificamos um aumento significativo na atribuição de códigos de diagnóstico na primeira consulta, passando de 5% em 2024 para cerca de 40% em fevereiro de 2025 (dados a 19/02/2025). Esta evolução foi apoiada por diversas iniciativas, incluindo:

- O apoio do Gabinete de Codificação Clínica da ULSLO;
- A criação de um vídeo de apoio ao registo de diagnósticos no SClinico, com a definição de favoritos em cada especialidade;
- A identificação e construção das listagens dos principais diagnósticos da ICD-10-CM em cada especialidade.

No que se refere ao **plano de comunicação e implementação**, foram desenvolvidas várias ações estratégicas, tais como:

- A criação de uma página dedicada na Intranet;
- A articulação com as Direções Clínicas e de Enfermagem dos hospitais Egas Moniz, São Francisco Xavier, Santa Cruz e dos Cuidados de Saúde Primários;
- Sessões de apresentação do projeto na ULSLO com a participação da Direção Clínica, Direção de Enfermagem e do Conselho de Administração nos 3 polos hospitalares e nos CSP;
- A identificação de interlocutores médicos em mais de 90% dos serviços hospitalares e unidades de CSP, garantindo um contacto direto e eficiente para a implementação deste projeto;
- O destaque destas iniciativas na 1ª Reunião Magna da ULS Lisboa Ocidental, reforçando o compromisso institucional com a melhoria dos processos.

## D.Fiscalização

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

Nos termos do n.º 1 do artigo 79º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial da ULSLO é exercida por um Conselho Fiscal e por um Revisor Oficial de Contas ou por uma Sociedade de Revisores Oficiais de Contas que não seja membro daquele Órgão, escolhido obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão de Valores Mobiliários.

O Conselho Fiscal é constituído por três membros efetivos e um suplente, sendo um deles o Presidente do Órgão, conforme decorre do disposto no n.º 2 do supramencionado preceito legal.



*Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'FNB' and 'Socia'.*

Através do Despacho Conjunto n.º 12171/2021, dos Senhores Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 242, de 16 de dezembro de 2021, foram nomeados os seguintes membros para integrarem o Conselho Fiscal do CHLO:

- Presidente – Vítor Manuel Baptista de Almeida
- Vogal – Carla Maria Lamego Ribeiro
- Vogal – Tânia Isabel Branco de Jesus
- Vogal Suplente – Rui Miguel Marques Neves Pinho Bandeira

Entretanto, através de comunicação datada de 24 de outubro de 2022, dirigida ao Gabinete do Senhor Secretário de Estado do Tesouro, a Dr.ª Carla Maria Lamego Ribeiro apresentou a renúncia ao cargo de Vogal do Conselho Fiscal, na sequência da sua nomeação como Vogal do Conselho de Administração da APL – Administração do Porto de Lisboa, S.A.

Não obstante a referida renúncia, a entrada em funções do Vogal Suplente, como Vogal Efetivo, ficou dependente de orientações a transmitir pela Direção-Geral do Tesouro e Finanças, pelo que o Órgão funcionou em 2024 apenas com dois elementos.

## 2. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do órgão de fiscalização.

### Conselho Fiscal

#### Presidente – Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida

---

##### DADOS BIOGRÁFICOS

Data de Nascimento: 14 de julho de 1956

##### HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

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

##### ATIVIDADE PROFISSIONAL

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

##### CATEGORIA PROFISSIONAL

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

##### CARGOS

- Desenvolve a atividade de auditoria enquanto sócio gerente do Vítor Almeida & Associados, SROC, Lda., assegurando, nesta qualidade, funções de fiscalização em diversas entidades públicas e privadas;
- Vogal do Conselho Fiscal da PROFILE – Sociedade Gestora de Fundos de Investimento Mobiliário, S.A.;
- Consultor da Autoridade Nacional da Aviação Civil (ANAC).
- Anteriormente, integrou os quadros da Inspeção Geral de Finanças, tendo chegado a Inspetor de Finanças Diretor (1982-1998).



- Foi presidente do Conselho Diretivo da Administração Geral Tributária (2000-2003);
- Foi adjunto do Ministro da Finanças e do Secretário de Estado e Finanças (1998-2000).
- Desenvolveu atividades de consultoria junto dos Ministérios das Finanças de Angola e de Cabo Verde, bem como de outras entidades públicas nacionais;
- Foi assistente convidado no Instituto Superior de Gestão (ISG) de 1987 a 1991 e no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), de 1992 a 2015, lecionando a disciplina de auditoria financeira, tendo sido igualmente diretor do mestrado executivo de auditoria e revisão de contas no Overgest / ISCTE, onde lecionou diversos módulos.
- Foi vogal do Conselho Diretivo da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, de 2012 a 2017, integrando ainda outros cargos diversos nesta Entidade.
- Foi consultor da Unidade Técnica de Acompanhamento de projetos (UTAP), de 2012 a 2019, tendo integrado múltiplas comissões de renegociação e equipas de projeto associadas a PPP e Concessões.

*Handwritten signature and initials in blue ink, including the name 'Acuna' and other illegible marks.*

#### Vogal – Dr.<sup>a</sup> Tânia Isabel Branco de Jesus

---

#### DADOS BIOGRÁFICOS

Data de Nascimento: 11 de dezembro de 1982

#### HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

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

#### ATIVIDADE PROFISSIONAL

Técnica Especialista no Gabinete da Secretária de Estado da Habitação, no Ministério das Infraestruturas e Habitação (2024 – Até ao momento)

#### CARGOS

- Técnica Superior Especialista em Orçamento e Finanças Públicas do Ministério das Finanças, a exercer funções na Direção-Geral do Tesouro e Finanças – Direção de Serviços de Apoio Jurídico e de Coordenação (2019-2024);
- Presidente da Mesa da Assembleia Geral da EDM – Empresa de Desenvolvimento Mineiro, S.A. (2023 – Até ao momento);
- Secretária da Mesa da Assembleia Geral da SIRESP – Gestão de Redes Digitais de Segurança e Emergência, S.A. (2019- Até ao momento)
- Anteriormente, foi jurista na Direção de Património e Procurement do Banif – Banco Internacional do Funchal, S.A. (2008-2013);
- Foi responsável pelo acompanhamento jurídico, a nível interno, do plano de reestruturação do Grupo Banif, encontrando-se integrada na Direção de Recursos Humanos e Serviços (2013-2015);
- Foi jurista na Direção de Assessoria Jurídica do BBI – Banco de Investimento, S.A., onde prestou assessoria ao Conselho de Administração da Sociedade, assim como da Banif Gestão de Ativos, S.A. e da Banif Capital, S.A. (2015-2017);
- Prestou apoio jurídico à Direção de Compliance da Oitante, S.A. (2015-2017);



*Handwritten signatures and initials in blue ink.*

- Integrou o Gabinete do Secretário de Estado da Proteção Civil, no Ministério da Administração Interna, do XXI Governo Constitucional (2017-2019).
- 3. Procedimentos e critérios aplicáveis à intervenção do órgão de fiscalização para efeitos de contratação de serviços adicionais ao auditor externo.

Em 2024 o Conselho Fiscal não teve qualquer intervenção relacionada com a contratação de serviços adicionais ao auditor externo, não tendo igualmente ocorrido qualquer contratação deste tipo de serviços.

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

O órgão de fiscalização não desempenhou outras funções.

Não existe Comissão para as Matérias Financeiras.

- 5. Indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros e duração estatutária do mandato dos membros, consoante aplicável, do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras.

O Conselho Fiscal da ULSLO é constituído por três membros efetivos e um suplente, embora em 2024 o Órgão tenha integrado apenas dois membros efetivos.

O respetivo mandato iniciou-se na sequência da publicação do Despacho Conjunto n.º 12171/2021, dos Senhores Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, publicado no Diário da república, 2.ª série, n.º 242, de 16 de dezembro de 2021.

- 6. Composição, consoante aplicável, do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras, ao longo do ano em referência, identificando os membros efetivos e suplentes, data da primeira designação e data do termo de mandato de cada membro. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou). Informação a apresentar segundo o formato seguinte:

Unid: euro

Mandato	Cargo	Nome	Designação		Estatuto Remuneratório Fixado Mensal (€)	N.º de Mandatos
			Forma (1)	Data		
2021-2023	Presidente	Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida	Despacho n.º 12171/2021	16/12/2021	1 402,88 €	2
	Vogal Efetivo	Dra. Carla Maria Lamego Ribeiro			1096,77 €	1
	Vogal Efetivo	Dra. Tânia Isabel Branco de Jesus				1
	Suplente	Dr. Rui Miguel Marques Neves Pinho Bandeira				

(1) Indicar AG/DUE/Despacho.

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

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

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

*Handwritten notes:*  
 dt NB  
 Branco  
 J. J. J.

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, encontram-se determinadas nos termos dos artigos 79º e 80º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

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

O Conselho Fiscal tem como prática reunir, pelo menos, uma vez por mês, para além da realização de outras reuniões adicionais, sempre que tal se revele necessário. No decurso do ano de 2024 o Conselho Fiscal reuniu doze vezes, sempre com a presença dos dois membros em funções.

As reuniões do Conselho Fiscal ocorreram sempre em Lisboa, ou nas instalações do Hospital de São Francisco Xavier e ou nas instalações profissionais dos seus membros.

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

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

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

Fora do grupo da ULSLO, cada um dos membros do Conselho Fiscal desenvolve as funções referidas na resposta à questão 2 do presente capítulo.



*Handwritten signature: FNB Lisboa*

## E.Revisor Oficial de Contas (ROC)

1. Identificação dos membros efetivo e suplente: Sociedade de Revisores Oficiais de Contas (SROC), ou 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. Indicação do número de anos em que o ROC exerce funções consecutivamente junto da empresa ou grupo. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou). Informação a apresentar segundo o formato seguinte:

Nos termos do Despacho n.º 12171/2021, de 6 de dezembro, do SET e do SES, foi designado Revisor Oficial de Contas do CHLO, para acompanhar o mandato do Conselho Fiscal, 2021-2023, a Sociedade de Revisores Oficiais de Contas Grant Thornton & Associados, SROC, Lda, representada pelo ROC Dr. Pedro Miguel Raposo Lisboa Nunes, inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas com o n.º 1202 e na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários com o n.º 20160813.

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

De acordo com o estabelecido no artigo 15.º dos Estatutos, o Revisor Oficial de Contas é nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável por uma única vez.

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

### ROC/FU

Mandato	Cargo	Identificação SROC/ROC			Designação			Nº de anos de funções exercidas no grupo	Nº de anos de funções exercidas na sociedade
		Nome	Nº de inscrição na OROC	Nº Registo na CMVM	Forma (1)	Data	Data do Contrato		
2021-2023	ROC Efetivo	Sociedade de Revisores Oficiais de Contas Grant Thornton & Associados, SROC, Lda	67	20161403	Despacho n.º 12171/2021	16/12/2021	04/03/2022	2	2
	Representada pelo ROC	Dr. Pedro Miguel Raposo Lisboa Nunes	1202	20160813					

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

Nome ROC/FU	Valor Anual do Contrato de Prestação de serviços - 2024 (€)			Valor Anual de Serviços Adicionadas - 2024 (€)			
	Valor (1)	Reduções (2)	Valor Final (3) = (1) + (2)	Identificação do Serviço	Valor (1)	Reduções (2)	Valor Final (3) = (1) + (2)
Sociedade de Revisores Oficiais de Contas Grant Thornton & Associados, SROC, Lda	29 766,00		29 766,00				

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

Não foram prestados outros serviços pela SROC à ULSLO.



## F. Conselho Consultivo

---

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

A natureza, o regime de substituição, o tempo de mandato e o regime de exercício de funções no respetivo termo, bem como as competências do conselho consultivo, são as constantes dos artigos 83.º, 84.º e 85.º dos Estatutos do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto):

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

A ULSLO não tem, à data deste Relatório, Conselho Consultivo constituído.

## G. Auditor Externo

---

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

O Revisor Oficial de Contas acima identificado emite a sua Certificação Legal das Contas nos termos dos Estatutos da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, aprovados pela Lei n.º 140/2015, de 7 de setembro, dá resposta aos requisitos legais impostos, tendo em conta o novo Regime Jurídico da Supervisão de Auditoria aprovado pela Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro. De acordo com a nova redação do artigo 8.º, n.º 1 do Cód.VM, as funções do "auditor registado na CMVM" são agora desempenhadas por ROC/SROC que, nos termos gerais, deve estar registado na CMVM para o exercício de funções de interesse público.



## VI. Organização Interna

### A. Estatutos e Comunicações

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

Com a criação da ULS, o Regulamento Interno teve de ser revisto. Este processo iniciou-se em meados de 2024, tendo sido concluído recentemente, pelo que se encontra em vigor o Regulamento Interno do CHLO aprovado e homologado pela Sr.<sup>a</sup> Ministra da Saúde a 17 de janeiro de 2022.

O estatuto do SNS é aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto e suas subsequentes alterações. 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 empresa.

De acordo com o previsto no n.º 1, do Artigo 87.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, “a ULSLO 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”.

Nos termos do disposto na alínea b) do n.º 2, do Artigo 86.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, compete ao Serviço de Auditoria Interna (SAI) “receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da ULSLO apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral.”

Conforme estipulado no Artigo 8.º do Capítulo III do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, que estabelece o Regime Geral da Prevenção da Corrupção (RGPC), determina que as entidades abrangidas disponham de canais de denúncia interna e deem seguimento a denúncias de atos de corrupção e infrações conexas.

A Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro, estabelece o regime geral de proteção de denunciadores de infrações, transpondo a Diretiva (UE) 2019/1937 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de outubro de 2019, de modo a assegurar o seu cumprimento, compete à ULSLO a implementação do regime geral de proteção de denunciante de infrações que garanta a proteção das pessoas que denunciam violações do direito da União.

A ULSLO vê na comunicação de irregularidades e denúncias um meio que possibilita fomentar uma cultura de maior transparência, rigor, responsabilização e oportunidade de melhoramento na qualidade dos mecanismos de controlo da sua atividade.

Neste sentido, foi aprovado pelo Conselho de Administração em 26 de fevereiro de 2025, a 2.ª edição do **Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades e Denúncia de Infrações** proposto pelo SAI, encontrando-se publicitado na intranet e internet da ULSLO

De acordo com o n.º 4 do Artigo 87.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, consideram-se **irregularidades**, os factos que incidem:

*Handwritten signature and initials in blue ink, including the number 13 and the name 'Lisboa'.*

- 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 da ULSLO, ou dos utentes;
- c) Prejuízo à imagem ou reputação da ULSLO.

Conforme o disposto no n.º 1, do Artigo 2.º da Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro, considera-se Infração, cujo fundamento/conteúdo recai no âmbito das **denúncias de infrações**.

Para efeitos da presente lei, considera-se infração:

a) O ato ou omissão contrário a regras constantes dos atos da UE referidos no anexo da Diretiva (EU) 2019/1937 do Parlamento Europeu e do Conselho, a normas nacionais que executem, transponham ou deem cumprimento a tais atos ou a quaisquer outras normas constantes de atos legislativos de execução ou transposição dos mesmos, incluindo as que prevejam crimes ou contraordenações, referentes aos domínios de:

- i) Contratação Pública;
- ii) Serviços, produtos e mercados financeiros e prevenção do branqueamento de capitais e do financiamento do terrorismo;
- iii) Segurança e conformidade dos produtos;
- iv) Segurança dos transportes;
- v) Proteção do ambiente;
- vi) Proteção contra radiações e segurança nuclear;
- vii) Segurança dos alimentos para consumo humano e animal, saúde animal e bem-estar animal;
- viii) Saúde pública;
- ix) Defesa do consumidor;
- x) Proteção da privacidade e dos dados pessoais e segurança da rede e dos sistemas de informação.

b) O ato ou omissão contrário e lesivo dos interesses financeiros da UE a que se refere o artigo 325.º do Tratado sobre o Funcionamento da UE (TFUE), conforme especificado nas medidas da UE aplicáveis;

c) O ato ou omissão contrário às regras do mercado interno a que se refere o n.º 2 do artigo 26.º do TFUE, incluindo as regras de concorrência e auxílios estatais, bem como as regras de fiscalidade societária;

d) A criminalidade violenta, especialmente violenta e altamente organizada, bem como os crimes previstos no n.º 1 do artigo 1.º da Lei n.º 5/2002, de 11 de janeiro, que estabelece medidas de combate à criminalidade organizada e económico-financeira; e

e) O ato ou omissão que contrarie o fim das regras ou normas abrangidas pelas alíneas a) a c).

As denúncias abrangidas podem ter por objeto infrações cometidas, que estejam a ser cometidas ou cujo cometimento se possa razoavelmente prever, bem como tentativas de ocultação de tais infrações, de acordo com o Artigo 4º da Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro.

Entende-se por corrupção e infrações conexas os crimes de corrupção, recebimento e oferta indevidos de vantagem, peculato, participação económica em negócio, concussão, abuso de poder, prevaricação, tráfico de influência, branqueamento ou fraude na obtenção ou desvio de subsídio, subvenção ou crédito previstos no código penal.

Procedimentos de Comunicação de Irregularidades e Denúncias de Infrações:



*Handwritten notes:*  
7/13  
Clara  
p/ume

- As comunicações de irregularidades e denúncias de infrações podem ser remetidas ao SAI por correio eletrónico próprio ou por carta.
- As comunicações de irregularidades podem ser enviadas por correio eletrónico para [sai.irregularidades@ulslo.min-saude.pt](mailto:sai.irregularidades@ulslo.min-saude.pt), ou por carta, para Estrada do Forte do Alto do Duque 1449-005 LISBOA.
- As comunicações de denúncias de infrações podem ser enviadas por correio eletrónico para [denuncias@ulslo.min-saude.pt](mailto:denuncias@ulslo.min-saude.pt), ou por carta, para Estrada do Forte do Alto do Duque 1449-005 LISBOA.
- Estes meios de comunicação encontram-se divulgados na intranet e internet da ULSLO

**Link da intranet:**

[http://intranet/Organizacao/Regulamentos%20%20Servo%20auditoria/Regulamento%20Comunicacao%20Interna%20Irregularidades%20Denuncias%20Infracoes\\_26022025.pdf](http://intranet/Organizacao/Regulamentos%20%20Servo%20auditoria/Regulamento%20Comunicacao%20Interna%20Irregularidades%20Denuncias%20Infracoes_26022025.pdf)

**Link da internet:**

[https://www.ulslo.min-saude.pt/images/documents/informacao\\_gestao/regulamento-comunicacao-interna-irregularidades-denuncias-infra\\_p75184.pdf](https://www.ulslo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/regulamento-comunicacao-interna-irregularidades-denuncias-infra_p75184.pdf)

A ULSLO ainda não dispõe de um software de comunicação interna de denúncias de modo a cumprir de forma mais eficaz e segura o estipulado na Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro, tendo a intenção de implementar um software para o efeito. Iniciou-se em 7 de março de 2025, a tramitação para a aquisição de software de canal de denúncias.

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

A ULSLO possui mecanismos implementados que permitem detetar, avaliar e mitigar a fraude da organização/riscos de corrupção e infrações conexas através de vários instrumentos regulatórios, nomeadamente: Código de Conduta e Ética, Regulamento Interno, Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC), Regulamento de Comunicação de Irregularidades, Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades e Denúncia de Infrações, Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), Regulamento Interno da Comissão de Tratamento de Dados Pessoais, Modelo Organizativo do Governo da Privacidade, Proteção e Tratamento de Dados Pessoais na ULSLO, Responsável do Cumprimento Normativo e Manuais de Procedimentos.

O CHLO possuía um Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC) aprovado pelo CA em 15/12/2021, carecendo este Plano, de transposição para a ULSLO com as devidas atualizações. Por outro lado, saliente-se que a ULSLO, E.P.E., finalizou recentemente o novo Regulamento Interno e Organograma. Registe-se que de acordo com o Capítulo III, n.º 1 do Artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, “As entidades abrangidas adotam e implementam um PPR que abranja toda a sua organização e atividade, incluindo áreas de administração, de direção, operacionais ou de suporte”.

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

Em cumprimento da Recomendação n.º 1/2009, de 1 de julho, do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) o CA do CHLO aprovou, em 30 de julho de 2014, o PGRIC. Tendo em consideração as

*Handwritten notes:*  
7/13/21  
Bouca  
JF  
p/lu

recomendações do CPC e a realidade do CHLO, foram efetuadas duas revisões do referido plano, tendo sido aprovadas pelo CA em 2 de dezembro de 2015 e 15 de dezembro de 2021.

O PGRCIC estabelece orientações sobre a prevenção de potenciais de riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas e conflito de interesses, causas desses riscos, os critérios/níveis de risco, as funções e as responsabilidades na sua estrutura e organização interna, bem como as medidas de melhoria (preventivas/corretivas) resultado de uma reflexão interna desenvolvida com os serviços numa perspetiva contínua, responsabilização e envolvimento de todos os colaboradores na atividade e cultura organizacional.

O PGRCIC inclui as Matrizes de Risco dos seguintes serviços:

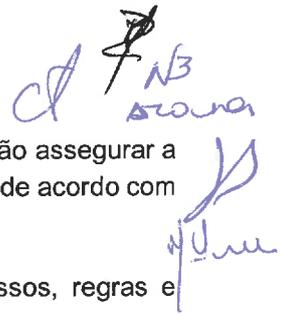
- Conselho de Administração;
- Serviço de Auditoria Interna;
- Serviço Jurídico e de Contencioso;
- Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão;
- Serviço de Gestão de Compras;
- Serviço de Logística e Distribuição;
- Serviço de Gestão Hoteleira;
- Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação;
- Serviço Financeiro;
- Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos/Administração de Pessoal (atualmente, Serviço de Gestão de Recursos Humanos);
- Serviço de Gestão de Doentes (atualmente, Serviço de Gestão do Acesso e Suporte Clínico ao Doente);
- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Secretária-geral (atualmente, Serviço de Comunicação e Imagem);
- Unidade Funcional de Gestão de Transportes e Parques de Estacionamento (incluída atualmente no Serviço de Gestão Hoteleira);
- Serviços Farmacêuticos;
- Espólio – Urgência Geral;
- Serviço de Nutrição Clínica;
- Serviço Social;
- Áreas Clínicas.

O PGRCIC em vigor na ULSLO, encontra-se disponível para consulta na internet no seguinte link:

[https://www.chlo.min-saude.pt/imagens/documents/informacao\\_gestao/PlanoGRCInfConexasCHLO\\_2%C2%AArevisao16122021.pdf](https://www.chlo.min-saude.pt/imagens/documents/informacao_gestao/PlanoGRCInfConexasCHLO_2%C2%AArevisao16122021.pdf)

## B. Controlo Interno e Gestão de Riscos

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



A ULSLO dispõe de um sistema de controlo interno, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao Auditor Interno a responsabilidade pela sua avaliação de acordo com o previsto no n.º 1 do artigo n.º 87.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

O Sistema de Controlo Interno compreende um conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos na ULSLO de forma a garantir:

- a) A execução de uma atividade eficiente que assegure a utilização eficaz dos recursos e ativos, a garantia de continuidade, segurança e qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo de riscos de atividade no sentido da sua mitigação ou inexistência, 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;
- b) A existência de informação económica e financeira e de gestão verdadeira e apropriada que sustente/garanta as tomadas de decisão e processos de controlo quer a nível interno e externo;
- c) O cumprimento das disposições legais, regulamentares, profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, de conduta e de relacionamento vertidas no Código de Conduta e Ética e Regulamento Interno, as orientações e recomendações provenientes de entidades externas como o Tribunal de Contas, IGAS e outras.

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

No seguimento destas orientações foram criados instrumentos para reunir, sistematizar e divulgar um conjunto de informações no desempenho das variadas tarefas, de modo a facilitar a compreensão da sua estrutura atribuições e funcionamento designados de Manuais de procedimentos e boas práticas e Instruções de trabalho, com o objetivo de dirimir/eliminar o risco e a fraude.

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

- Código de Conduta e Ética;
- Regulamento Interno;
- Serviço de Auditoria Interna;
- Responsável pelo Cumprimento Normativo;
- Comissão de Qualidade e Segurança;
- Encarregado da Proteção de Dados (EPD/DPO) – até 30/09/2024
- Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas;
- Regulamento de Comunicação de Irregularidades;
- Regulamento do Canal Interno de Denúncias
- Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD);
- Regulamento Interno da Comissão de Tratamento de Dados Pessoais;
- Modelo Organizativo do Governo da Privacidade, Proteção e Tratamento de Dados Pessoais no CHLO;
- Manuais de procedimentos e boas práticas dos serviços e unidades;
- Segregação de Funções.

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



*Handwritten notes and signatures in blue ink, including the name 'Armanda Moura' and other illegible signatures.*

O Conselho de Administração enquanto órgão máximo com responsabilidades no sistema de controlo interno e de gestão dos riscos, incluindo os de corrupção e infrações conexas e o sistema de comunicação interna de irregularidades, competindo-lhe assegurar a sua implementação e manutenção;

- Serviço de Auditoria Interna: Etelvino Craveiro (Auditor Interno);
- Responsável do Cumprimento Normativo: Armanda Moura;
- Encarregado da Proteção de Dados (EPD/DPO): Maria João Lupi;
- Diretores/Responsáveis de Serviço;
- Comissão de Qualidade e Segurança: Alexandre Duarte (Presidente);
- Comissão de Ética Para a Saúde: Paula Maria Rodrigues Peixe (Presidente);
- Outras comissões - vide a alínea d) do n.º 9 do ponto V deste relatório.

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

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

Com base na avaliação na execução das medidas de melhoria (preventivas/corretivas- mecanismos de mitigação) referentes aos riscos de corrupção e infrações conexas, principalmente os de grau alto dos serviços constantes no PGRIC do CHLO, de forma a mitigar os riscos, minimizando a probabilidade de ocorrência e o impacto que estes podem ter na prossecução dos objetivos da instituição, o PGRIC visa essencialmente identificar as situações potenciadoras de riscos de corrupção e infrações conexas e proteção de dados pessoais (RGPD), elencar medidas preventivas e corretivas que minimizem ou eliminem se possível a probabilidade de ocorrência e consequente impacto do risco e definir a metodologia de adoção e monitorização das medidas propostas, identificando os respetivos responsáveis.

No PGRIC estão identificados:

- Os serviços e respetivos diretores ou responsáveis;
- Os diferentes tipos de riscos inerentes a cada serviço e respetivas áreas de atividade;
- A sua probabilidade de ocorrência, impacto e grau do risco (em termos de alto, médio e baixo);
- 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.

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

O Serviço de Auditoria Interna da ULSLO depende, em termos orgânicos, do/a Presidente do CA, de acordo com o n.º 3 do Artigo 86.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

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

A gestão e controlo dos riscos são assumidos na ULSLO pela sua estrutura organizacional, numa primeira linha pelo CA e pelos seus colaboradores em geral.



*Handwritten signature and initials*

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, Comissões de Apoio Técnico constantes no Regulamento Interno, nomeadamente, a Comissão de Qualidade e Segurança e noutra vertente, o Encarregado da Proteção de Dados e o Responsável pelo Cumprimento Normativo, que garante e controla a aplicação do programa de cumprimento normativo. A adoção e implementação de um programa de cumprimento normativo deve incluir, pelo menos, um plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas (PPR), um código de conduta, um programa de formação e um canal de denúncias, a fim de prevenirem, detetarem e sancionarem atos de corrupção e infrações conexas, levados a cabo contra ou através da entidade ULSLO.

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

**Riscos económicos e financeiros:**

- Dispersão das instalações com impacto nos gastos com transportes e na replicação de recursos;
- 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;
- Decisões da tutela a nível central com impacto negativo na execução orçamental;
- Riscos financeiros resultantes de desequilíbrio económico-financeiro persistente;
- Despesa com convencionados (Farmácias e MCDT);
- Financiamento desajustado da realidade da ULSLO.

**Riscos operacionais:**

- Relacionados com a prática clínica;
- Proteção de dados pessoais;
- Segurança das pessoas e dos bens;
- Fraca autonomia na gestão hospitalar;
- Instalações e equipamentos desatualizados;
- Dificuldade na realização de novos investimentos;
- Constrangimentos na contratação de novos profissionais;
- Dificuldade em assegurar a permanência de alguns profissionais, nomeadamente, face às condições mais favoráveis que o setor privado apresenta;
- Dificuldade na gestão/redução de listas de espera de algumas especialidades;
- População cada vez mais envelhecida com o correspondente aumento de doenças crónicas;
- População com maior desigualdade social;
- Deficiente resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados;
- Ausências de modelos organizacionais de suporte da doença crónica;
- Legislação laboral muito restritiva;
- A segurança dos diversos sistemas de informação internos e externos;
- Fraca interoperabilidade entre sistemas de informação;
- Internamentos sociais;
- Riscos de reputação e imagem.

**Riscos jurídicos:**

- Incumprimento de leis, normas e regulamentos;
- Capacidade de litigância em processos judiciais.

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

As organizações devem analisar os fatores de risco para cada área de atividade, equacioná-los e geri-los por forma e 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 da ULSLO, 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 unidade orgânica da ULSLO 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/áreas funcionais conforme listados anteriormente (vide ponto – ‘Indicação das políticas antifraude adotadas e identificação de ferramentas existentes com vista à mitigação e prevenção de fraude organizacional’), bem como os respetivos planos de ação na mitigação de tais riscos.

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

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

A ação do SAI assume primordial importância na execução e otimização da gestão dos riscos através da análise transversal, objetiva e isenta, emitindo recomendações de melhoria dos princípios de controlo interno, em total respeito com os princípios éticos da Instituição e com as normas internacionais de auditoria. Esta ação é determinante na mitigação dos riscos, servindo de combate a sua ocorrência.

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

O PGRIC/PPR deve ser dinâmico, necessita ser revisto quando os riscos e os mecanismos de ação nele contemplados não ofereçam a garantia suficiente no combate aos mesmos e quando exista a necessidade de inserção de novos riscos e conseqüentemente novas medidas preventivas e corretivas face ao contexto atual da entidade. O PGRIC/PPR é também alvo de relatórios anuais de execução nos termos do n.º 14 do Artigo 86.º do Decreto-Lei 52/2022, de 4 de agosto, e relatórios anuais e intercalares “em outubro” de acordo com as alíneas a) e b) do n.º 4 do Artigo 6º do Capítulo III do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro (MENAC). Os relatórios depois de aprovados pelo CA são divulgados na internet e intranet da ULSLO e submetidos às entidades competentes.

O Relatório intercalar e anual de execução do PGRIC/PPR reveste especial importância na aferição da execução das medidas de melhoria (preventivas e corretivas) face aos riscos constantes no Plano, tendo em



consideração os prazos definidos, bem como o seu sucesso na mitigação ou supressão dos riscos correspondentes. Para o feito, o SAI procede à recolha de informação atualizada de cada serviço. Os resultados obtidos permitem ao SAI propor recomendações e desencadear procedimentos no sentido de melhorar o PGRIC/PPR.

### Comissão de Qualidade e Segurança (CQS)

Conforme dispõe o art.º 88.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto), a ULSLO dispõe de Comissão de Qualidade e Segurança (CQS). Esta Comissão foi nomeada pelo Conselho de Administração em 18/04/2024 (Ordem de Serviço n.º 19) e rege a sua atividade de acordo com o disposto no art.º 23.º do Regulamento Interno do CHLO e no seu Regulamento Interno, aprovado pelo CA em 27/06/2024.

Nessa medida, a ULSLO dispõe da CQS como instrumento de monitorização e possível gestão de desvios indesejáveis à operacionalização esperada. É um órgão transversal à ULSLO com composição multidisciplinar e multiprofissional, sendo a sua estrutura constituída por quatro núcleos especializados: Auditoria Clínica, Segurança do Doente, Certificação e Acreditação e Humanização, destacando-se, para este efeito, o Núcleo de Segurança do Doente, cujas atribuições e competências se encontram descritas no Regulamento Interno da CQS.

Esta Comissão engloba as temáticas relacionadas com a Qualidade, Risco, Segurança e Humanização dos cuidados, inerentes à operacionalização da atividade nobre da ULSLO: o cuidado ao doente. Nessa medida o enfoque reside nos profissionais envolvidos na área clínica, mas também em todos os outros que devem oferecer o suporte estrutural em termos físicos e organizacionais que garanta condições mínimas de adequação ao exercício do cuidado ao doente, família e/ou cuidador.

Como suporte da sua ação, a ULSLO dispõe de uma plataforma de registo e notificação e incidentes e eventos adversos, designada "The Patient Safety Company", representada em Portugal pela empresa Antares, acessível a qualquer profissional e através da qual é possível registar e notificar incidentes que configurem problemas de qualidade e segurança, bem como quaisquer erros por si detetados, de modo a que a partir do Núcleo de Segurança do Doente, possa ser efetuada a sua análise e avaliação (matriz fish bone), procurando-se o seu tratamento e a conseqüente implementação de medidas preventivas, segundo a metodologia de gestão de risco.

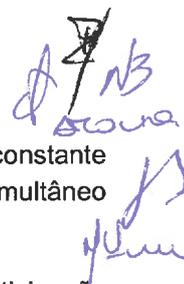
#### 8. Identificação dos principais elementos do SCI e de prevenção de risco implementados na empresa relativamente ao processo de divulgação de informação financeira.

O SCI compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos na ULSLO para garantir a existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto ao nível interno como no externo (conforme o disposto no Artigo 87.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto).

O Serviço de Auditoria Interna tem como competência a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

O sistema de controlo interno tem por base um adequado sistema de gestão de risco, um sistema de informação e de comunicação e um processo de monitorização que assegure a respetiva adequação e eficácia em todas as áreas de intervenção.

*Handwritten notes:*  
NB  
CX  
Aurora  
J. J. J.



Sendo o PGRIC um instrumento de gestão de risco, a ULSLO considera-o crucial, 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 efetivo, é exigível a nível interno a participação global de todos os colaboradores para a melhoria na eficácia dos processos, e fomento de maior eficiência no debate e na divulgação dos princípios éticos e de boa gestão dentro da organização. A construção de uma Cultura de Boas Práticas, global e generalizada, com base em alertas e campanhas de sensibilização, vem solidificar a implementação e execução do PGRIC.

Adicionalmente, em obediência aos princípios da Transparência e Conformidade, todo o processo de divulgação de informação financeira é reportado, acompanhado e validado por entidades externas, nomeadamente, o Tribunal de Contas, a IGF, a DGTF, a DGO e a ACSS.

Saliente-se que, com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro, e do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro (revogado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto), 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 da ULSLO, 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, a ULSLO tem Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas nomeados pelo despacho n.º 12171/2021, de 16 de dezembro, proferidos pelos Senhores Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, cujas competências estão mencionadas no Artigo 80.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

## C. Regulamentos e Códigos

1. Referência sumária aos regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a empresa está legalmente obrigada, com apresentação dos aspetos mais relevantes e de maior importância.

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

A ULSLO rege-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades constantes do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto (que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde), e sucessivas alterações, em particular o Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro (que procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde).

Em 31 de dezembro de 2024, o regulamento interno da ULSLO estava ainda em elaboração, tendo sido concluído recentemente.

2. Código de Ética:



cf 2 NB  
stoua  
P  
fmm

- a. Referência à existência de um código de ética que contemple exigentes comportamentos éticos e deontológicos, indicando a data da última atualização e a forma como é efetuada a sua divulgação junto dos seus colaboradores, clientes e fornecedores;

O **Código de Ética** da ULSLO foi aprovado em 29 de janeiro de 2025, enquadrando-se nas disposições do despacho n.º 9456-C/2014, de 18 de julho, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 138, de 21 de julho de 2014.

Este Código visa estabelecer os princípios e normas éticas e de comportamento, destinadas a orientar os colaboradores da ULSLO 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 da instituição na prestação de cuidados de saúde.

O Código de Ética e de Condutas apresenta-se também como um instrumento na prevenção e deteção do risco de fraude, corrupção e igualmente na prevenção e combate à ocorrência de situações de assédio no local de trabalho, bem como demais ilícitos criminais de que os trabalhadores tenham conhecimento no exercício das suas funções e por causa deles.

O Código de Ética está devidamente publicado e divulgado junto dos colaboradores, clientes e fornecedores nos sítios da intranet e da internet:

<https://www.chlo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/codigo-de-etica-e-de-conduta>

De acordo com o referido código, os colaboradores da ULSLO devem ter em consideração os seguintes valores e princípios:

- a. Humanização e não discriminação;
- b. Respeito pela dignidade individual de cada pessoa;
- c. Excelência técnico-profissional;
- d. Ética e deontologia profissional;
- e. Atualização face aos avanços da investigação e da ciência;
- f. Promoção da multidisciplinaridade e do espírito de equipa;
- g. Promoção da saúde na comunidade;
- h. Sustentabilidade Ambiental, económica e financeira.

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

No atendimento ao público deve ser salvaguardada: uma atuação de modo consciencioso, correto, cortês e acessível, garantindo o exercício dos direitos dos cidadãos e o cumprimento dos seus deveres; a resposta completa e exata às questões colocadas pelos cidadãos e o seu encaminhamento, sempre que o assunto em apreço seja da responsabilidade ou competência de outra entidade; a prestação de informações e de esclarecimentos, de modo a assegurar que o cidadão está consciente dos seus direitos e deveres, tendo sempre presente as suas circunstâncias individuais, designadamente a capacidade para compreender a informação que lhe é prestada e os esclarecimentos para consentir ou aceitar qualquer proposta de intervenção de saúde, quando aplicável; a informação prestada é compreendida quando o cidadão não domina a língua portuguesa e a informação aos cidadãos sobre os meios através dos quais podem exercer o

*N3*  
*st*  
*scane*  
*js*  
*plu*

seu direito de participação. Neste sentido, a ULSLO promove internamente um conjunto de formações nesta matéria.

No que se refere às relações externas, mais concretamente com os seus fornecedores, a ULSLO 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. Regime Geral da Prevenção da Corrupção (RGPC: anexo do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro):

- a. Referência à existência do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR, vide artigo 6.º do RGPC):

Na ULSLO ainda vigora o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC) existente no CHLO, aprovado pelo CA em 15/12/2021, carecendo este Plano, de transposição para a ULSLO com as devidas atualizações. Por outro lado, saliente-se que a ULSLO, E.P.E., finalizou recentemente o novo Regulamento Interno e Organograma. Registe-se que de acordo com o Capítulo III, n.º 1 do Artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, "As entidades abrangidas adotam e implementam um PPR que abranja toda a sua organização e atividade, incluindo áreas de administração, de direção, operacionais ou de suporte".

O Plano é de consulta pública e está disponível no sítio da internet da ULSLO:

[https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao\\_gestao/PlanoGRCInfConexasCHLO\\_2%C2%AArevisao16122021.pdf](https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/PlanoGRCInfConexasCHLO_2%C2%AArevisao16122021.pdf)

A ULSLO considera o PGRIC/PPR 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 (ULSLO) e da sua interligação com o exterior. Para que o Plano seja cada vez mais profícuo, exige-se uma participação global de todos os serviços nesse sentido. Para que essa participação seja mais eficaz e eficiente deve, no seio da organização, existir a preocupação constante de fomentar o debate e a divulgação dos princípios éticos e de boa gestão, bem como alertar e sensibilizar para uma cultura de boas práticas de modo a possibilitar a existência de um sistema de controlo interno mais adequado.

- b. Referência à elaboração de relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo (vide alínea a) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC):

Dando cumprimento ao recomendado na alínea a) do n.º 4 do Artigo 6.º do Anexo do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, que cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) foi elaborado um relatório intercalar, no mês de outubro de 2024, nas situações identificadas de risco de grau elevado ou máximo, que pode ser consultado no link:

<https://www.ulslo.min-saude.pt/images/documents/RH/relatorio-i-conexas.pdf>

- c. Referência à elaboração de relatório de avaliação anual (vide alínea b) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC e n.º 1 do artigo 46.º do RJSPE, que remete para a alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/20087, de 4 de setembro, a que corresponde a atual alínea g) do n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro):



ct  
NB  
scana

Handwritten signature

O relatório de avaliação da execução anual de 2024 está disponível para consulta no seguinte Link:

<https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/plano-de-prevencao-de-risco-corrupcao-e-infracoes-conexas>

- d. Referência à existência de um código de conduta, por parte das entidades abrangidas, nos termos e de acordo com o disposto no artigo 7.º do RGPC.

A ULSLO dispõe de um Código de Conduta e Ética que pode ser consultado no Link:

[https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao\\_gestao/codigo-edtica\\_29\\_01\\_2025.pdf](https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/codigo-edtica_29_01_2025.pdf)

## D. Deveres Especiais de Informação

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

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

Não existem.

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

A informação acima mencionada, é reportada através das seguintes plataformas:

- ACSS/ARSLVT: Sistema de recolha de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)
- SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira
- c. Planos de atividades e orçamento, anuais e plurianuais, incluindo os planos de investimento e as fontes de financiamento;

A informação acima mencionada, é reportada através das seguintes plataformas:

- ACSS/ARSLVT: Sistema de recolha de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)
- SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira
- d. Orçamento anual e plurianual;

A informação acima mencionada, é reportada através das seguintes plataformas:

- ACSS/ARSLVT: Sistema de recolha de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)
- SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira
- e. Documentos anuais de prestação de contas;

A informação acima mencionada, é reportada através das seguintes plataformas:

- ACSS/ARSLVT: Sistema de recolha 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.

A informação acima mencionada, é reportada através das seguintes plataformas:

- SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira

## E. Sítio na Internet

1. Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontram divulgados os seguintes elementos (vide artigo 53.º do RJSPE):

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

<https://www.ulslo.min-saude.pt/>

<https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/documentos-legais/certidoes>

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

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

<https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/regulamento-interno> \*

\*O regulamento interno da ULSLO foi concluído recentemente, pelo que o RI apresentado é do CHLO.

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

Relatório de Gestão: <https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/informacao-de-gestao/relatorio-e-contas>

Relatório de Governo Societário: <https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/relatorio-do-governo-societario>

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

Relatório de Gestão: <https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/informacao-de-gestao/relatorio-e-contas>

Relatório de Governo Societário: <https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/relatorio-do-governo-societario>

Relatório do Acesso: <https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/informacao-de-gestao/relatorios-de-acesso>

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

<https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Contrato-Programa-2024-2026-ULS-Lisboa-Occidental-EPE.pdf>



cf N3  
Sociedade  
M. J. Mendes

[https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/11/Termos-Referencia-2024\\_vf.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/11/Termos-Referencia-2024_vf.pdf)

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

Esforço Financeiro Público: <https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/relatorio-do-governo-societario>

Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontram publicitados os seguintes documentos:

- g. Regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a empresa está legalmente obrigada:

<https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/regulamento-interno>

- h. Código de Ética;

<https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/codigo-de-etica-e-de-conduta>

- i. Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR);

<https://www.chlo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/plano-de-prevencao-de-risco-corrupcao-e-infracoes-conexas>

- j. Relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo;

<https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/plano-de-prevencao-de-risco-corrupcao-e-infracoes-conexas>

- k. Relatório de avaliação anual no âmbito da execução do PPR;

<https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/plano-de-prevencao-de-risco-corrupcao-e-infracoes-conexas>

- l. Código de Conduta;

<https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/codigo-de-boa-conduta-para-a-prevencao-e-combate-ao-assedio-no-trabalho>

- m. Relatório sobre remunerações por género;

O Relatório sobre remunerações por género, encontra-se em elaboração.

O plano para a igualdade de género 2023/2024, encontra-se publicado e disponível no seguinte site:

<https://www.chlo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/codigo-de-boa-conduta-para-a-prevencao-e-combate-ao-assedio-no-trabalho>

*Handwritten notes and signatures:*  
NB  
cf  
Acuna  
[Signature]

- n. Informação anual do modo como foi prosseguida a missão da empresa, 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 artigo 45º do RJSPE);

O presente documento, em conjunto com o Relatório de Gestão e Contas, respondem ao modo como foi prosseguida a missão da ULSLO, qual o grau de cumprimento dos objetivos acordados com as Tutelas, 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.

Os documentos relativos ao ano de 2024 encontram-se em elaboração e estarão disponíveis no sítio da internet da ULSLO nos separadores:

**Relatório de Governo Societário:**

<https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/relatorio-do-governo-societario>

**Relatório de Gestão e Contas:**

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

2. Quando aplicável, indicação das hiperligações para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontram publicitados os documentos objeto de remissão no RGS:

Não aplicável, no sentido em que todas as referências a documentos seguem-se do link para consulta.

3. No caso de entidades abrangidas, nos termos do artigo 2.º do RGPC, indicação das hiperligações para acesso direto aos elementos listados no n.º 1 do artigo 12.º do RGPC.

a) Lei orgânica e outros diplomas habilitantes, órgãos de direção e fiscalização, estrutura orgânica e organograma;

<https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/orgaos-de-gestao>

<https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/regulamento-interno>

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

b) Documentos de enquadramento estratégico e operacional e elenco dos principais serviços prestados ao público na área de missão;

<https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/informacao-de-gestao/plano-atividades-e-orcamento-chlo>

<https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/informacao-de-gestao/plano-de-desenvolvimento-organizacional>

c) Plano de atividades, orçamento e contas, relatório de atividades e balanço social;

<https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/informacao-de-gestao/plano-atividades-e-orcamento-chlo>

<https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/informacao-de-gestao/plano-de-desenvolvimento-organizacional>

d) Documentos de enquadramento legal ou que comportem interpretação do direito vigente relativos às áreas de missão;

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



df NB  
Acorde  
plm

e) Informação básica sobre direitos e obrigações dos cidadãos e sobre os procedimentos a observar na relação destes com a Administração Pública; <a href="https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/informacao-ao-utente/o-utente-no-ulslo/direitos-e-deveres">https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/informacao-ao-utente/o-utente-no-ulslo/direitos-e-deveres</a>
f) Guias descritivos dos mais relevantes procedimentos administrativos relativos aos bens ou serviços prestados; <a href="https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/relatorio-do-governo-societario">https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/relatorio-do-governo-societario</a>
g) Tabelas atualizadas dos preços dos bens ou serviços prestados; <a href="https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/207-2017-107669157">https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/207-2017-107669157</a> (Aprova os Regulamentos e as Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde, procede à regulamentação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), que passa a integrar o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS), e define os preços e as condições em que se pode efetuar a remuneração da produção adicional) <a href="https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/254-2018-116353279">https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/254-2018-116353279</a> (Altera a Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, que aprova os Regulamentos e as Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), procede à regulamentação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), que passa a integrar o Sistema Integrado de Gestão do Acesso ao SNS (SIGA SNS), e define os preços e as condições em que se pode efetuar a remuneração da produção adicional realizada pelas equipas) <a href="https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/contratos-programa">https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/contratos-programa</a>
h) Compromissos plurianuais e pagamentos e recebimentos em atraso; <a href="https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/relatorio-do-governo-societario">https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/relatorio-do-governo-societario</a>
i) Relação dos benefícios e subvenções concedidos, com indicação do respetivo valor; n/a
j) Relação de doações, heranças, ofertas ou donativos recebidos, com indicação do respetivo valor; <a href="https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/relatorio-do-governo-societario">https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/inicio/governo-da-sociedade/relatorio-do-governo-societario</a>
k) Avisos sobre o recrutamento de dirigentes e trabalhadores, bem como os despachos de designação dos dirigentes; <a href="https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/recrutamento">https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/recrutamento</a>
l) Avisos sobre os procedimentos pré-contratuais mais relevantes; <a href="https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/recrutamento">https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/recrutamento</a>
m) Contactos para interação com o cidadão e as empresas, incluindo formulário para reclamações e sugestões; <a href="https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/contactos">https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/contactos</a> <a href="https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/informacao-ao-utente/gabinete-do-cidadao">https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/informacao-ao-utente/gabinete-do-cidadao</a>
n) Informação sobre sistemas procedimentais ou de gestão acreditados pelo Instituto Português de Acreditação, I. P., se aplicável. <a href="https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/qualidade">https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/qualidade</a> <a href="https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/reconhecimento-da-qualidade/acreditacao-em-saude.aspx">https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/reconhecimento-da-qualidade/acreditacao-em-saude.aspx</a>



*Handwritten notes and signatures:*  
FNS  
d  
A. Costa  
J. M. M.

## F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral (caso aplicável)

1. Referência ao contrato celebrado com a empresa pública em que lhe tenha sido confiada 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).

O Contrato-Programa celebrado entre os Ministérios das Finanças e da Saúde, Direção Executiva e a ULSLO, para o triénio, revisto anualmente através de Adendas, define as orientações e objetivos de gestão no âmbito da prestação de serviços de cuidados de saúde, em termos de quantidades de produção contratada, a respetiva remuneração, os custos inerentes a realização dessa atividade e incentivos institucionais atribuídos em função do cumprimento de um conjunto de objetivos de qualidade e eficiência económico-financeira.

2. Caso não tenha contrato celebrado ou, tendo, caso haja apresentado nova proposta, referência às propostas de contratualização da prestação de serviço público apresentadas ao titular da função acionista e ao membro do governo responsável pelo respetivo setor de atividade (vd. n.ºs 1, 2 e 4 do artigo 48.º do RJSPE). A empresa deve apresentar declaração do seguinte:
  - a. que elaborou uma proposta de contratualização da prestação de serviço público;
  - b. que essa proposta foi apresentada ao titular da função acionista e ao membro do Governo responsável pelo respetivo setor de atividade; e
  - c. que a proposta cumpre com todos os requisitos legais definidos no n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE.

A proposta de Contratualização elaborada pela ULSLO para o ano de 2024 teve por base as orientações da Tutela, constantes no documento “Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2024”, disponível para consulta em:

[https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/11/Termos-Referencia-2024\\_vf.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/11/Termos-Referencia-2024_vf.pdf)

As metas previstas para o ano de 2023 constam do Acordo Modificativo de 2024 <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Contrato-Programa-2024-2026-ULS-Lisboa-Occidental-EPE.pdf>

A Unidade Local de Saúde é financiada mediante um valor prospetivo correspondente a atos e atividades, calculado de acordo com um modelo de financiamento de base capitacional, ajustada pelo risco, pelos fluxos e pela diferenciação das entidades e mediante as regras previstas no Contrato Programa.

Estes documentos contemplam a aplicação de penalizações em caso de incumprimentos e fixam as condições em que tal pode ocorrer.

O Contrato-Programa define anualmente objetivos nacionais de qualidade, em termos de acesso e de desempenho, que visam garantir uma prestação de cuidados atempada e adequada.



*Handwritten notes and signatures:*  
 → NS  
 CF  
 Arouna  
 JS  
 flume

## VII. Remunerações

### A. Competência para a Determinação

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

Remuneração dos membros dos órgãos sociais	<b>Conselho de Administração</b> - Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012 de 18 de janeiro - Resolução de Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro - Resolução de Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro - Resolução de Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março
	<b>Conselho Fiscal</b> - Despacho n.º 12171/2021, de 16 de dezembro
Remuneração dos dirigentes	<b>Revisor Oficial de Contas</b> - Despacho n.º 12171/2021, de 16 de dezembro
	Deliberação do Conselho de Administração de acordo com o Regulamento Interno e no âmbito da legislação em vigor.

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

Nenhum elemento do Órgão de Gestão usufrui de cartões de crédito ou outro Instrumento de pagamento para a realização de despesas ao serviço da empresa. As despesas dos membros do Conselho de Administração seguem o mesmo mecanismo de autorização das restantes.

O Código de Ética da instituição aplica-se também aos membros do Conselho, pelo que não intervêm em decisões que envolvam os seus interesses.

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

Foi emitida pelos Membros do Conselho de Administração uma declaração de Independência, de acordo com o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, em como se abstêm de interferir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses. (ver anexo – ponto 3).

### 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 da ULSLO não preveem a constituição de uma Comissão de Fixação de Remunerações.



*Handwritten notes and signatures:*  
NB  
A  
A  
A  
A

## C. Estrutura das Remunerações

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

As remunerações do Conselho de Administração foram definidas nos termos dos seguintes diplomas:

- Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro;
- Resolução de Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro (que aprovou os critérios de determinação do vencimento dos gestores públicos);
- Resolução de Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro (que aprovou os critérios de determinação do vencimento dos gestores das entidades públicas integradas no Serviço Nacional de Saúde);
- Resolução de Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março (classificações atribuídas nos termos das RCM n.º 16/2012 e n.º 18/2012).

No que respeita à remuneração do Conselho Fiscal, esta foi fixada através de Despacho de 16/12/2021 do Secretário de Estado do Tesouro e de 28/11/2017 do Secretário de Estado da Saúde.

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

As remunerações são definidas por normativos legais acima identificados.

Os membros do Conselho de Administração auferem remuneração base 14 vezes ao ano e despesas de remuneração 12 vezes ao ano, o Conselho Fiscal auferem remuneração base 14 vezes por ano.

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

Não existe componente variável da remuneração.

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

Não existe componente variável de remuneração.

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

A ULSLO não atribuiu prémios de gestão, nem foram elaborados contratos de gestão para efeitos de atribuição de prémios aos membros do Conselho de Administração.

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

Não existem regimes complementares de pensões ou de reforma antecipada para os administradores.



*cf N3  
Anexo  
J3  
M. Lina*

## D. Divulgação das Remunerações

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

Membro do CA	Remuneração mensal fixada - EGP			
	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)	
	[S/N]	[A/B/C]	Vencimento mensal	Despesas representações
<b>Período: 01 janeiro 2024 a 31 janeiro 2024</b>				
Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva		N	B	5 627,07 € 1781,14 €
Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira		S	B	4 178,92 € 1661,61 €
Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre		S	B	4 178,92 € 1661,61 €
Dr. José Manuel Fernandes Correia		N	B	5 322,91 € 1425,06 €
Enf.ª Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos		S	B	4 205,40 € 1683,24 €
<b>Período: 01 fevereiro 2024 a 05 setembro 2024</b>				
Dr.ª Carla Alexandra de Menezes Moutinho Henriques Gonçalo Catarino (a)		S	B	5 223,66 € 2 089,46 €
Dr.ª Cláudia Maria Rascão da Silva Branco (b)		S	B	4 178,92 € 1671,57 €
Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio		S	B	4 178,92 € 1671,57 €
Dr.ª Maria Armanda Morato Bravo Moura		S	B	4 178,92 € 1671,57 €
Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre (b)		S	B	4 178,92 € 1671,57 €
Enf.ª Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão		S	B	4 178,92 € 1671,57 €
<b>Período: a partir de 06 setembro 2024</b>				
Dr.ª Maria Isabel Beato Viegas Aldir		N	B	5 658,58 € 2 089,55 €
Dr. Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas		S	B	4 178,92 € 1671,57 €
Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio		S	B	4 178,92 € 1671,57 €
Dr.ª Maria Armanda Morato Bravo Moura		S	B	4 178,92 € 1671,57 €
Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes		S	B	4 178,92 € 1671,57 €
Enf.ª Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão		S	B	4 178,92 € 1671,57 €

Membro do CA	Remuneração Anual Auferida (€)				
	Fixa (1)	Variável (2)	Valor Bruto (3) = (1) + (2)	Reduções Remuneratórias (4)	Valor Bruto Final (5) = (3) - (4)
<b>Período: 01 janeiro 2024 a 31 janeiro 2024</b>					
Dr.ª Rita Perez Fernandez da Silva	7 935,41 €		7 935,41		7 935,41
Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	5 840,54 €		5 840,54		5 840,54
Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre	5 850,49 €		5 850,49		5 850,49
Dr. José Manuel Fernandes Correia	7 238,68 €		7 238,68		7 238,68
Enf.ª Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos	5 888,64 €		5 888,64		5 888,64
<b>Período: 01 fevereiro 2024 a 05 setembro 2024</b>					
Dr.ª Carla Alexandra de Menezes Moutinho Henriques Gonçalo Catarino (a)	40 141,07 €		40 141,07		40 141,07
Dr.ª Cláudia Maria Rascão da Silva Branco (b)	49 397,59 €		49 397,59		49 397,59
Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio	46 107,51 €		46 107,51		46 107,51
Dr.ª Maria Armanda Morato Bravo Moura	45 763,96 €		45 763,96		45 763,96
Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre (b)	45 522,39 €		45 522,39		45 522,39
Enf.ª Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão	46 107,51 €		46 107,51		46 107,51
<b>Período: a partir de 06 setembro 2024</b>					
Dr.ª Maria Isabel Beato Viegas Aldir	34 972,33 €		34 972,33	387,41	34 584,92
Dr. Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas	26 327,20 €		26 327,20	292,53	26 034,67
Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio	26 313,32 €		26 313,32	292,53	26 020,79
Dr.ª Maria Armanda Morato Bravo Moura	26 313,32 €		26 313,32	292,53	26 020,79
Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	26 313,32 €		26 313,32	292,53	26 020,79
Enf.ª Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão	26 313,32 €		26 313,32	292,53	26 020,79

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

(2) Prémios de Gestão

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



*A 13*  
*Assina*  
*13*

Membro da CA	Benefícios Sociais (€)							
	Subsídio de Refeição		Regime de Proteção Social		Encargo Anual Seguro de Saúde	Encargo Anual Seguro de Vida	Outros	
	Valor / Dia	Montante pago Ano	Identificar	Encargo Anual			Identificar	Valor
<b>Período: 01 janeiro 2024 a 31 janeiro 2024</b>								
Dr.* Rita Perez Fernandez da Silva	6,00 €	126,00 €	ADSE/CGA	1884,65 €				
Dr. Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba de Oliveira	6,00 €	132,00 €	SS	8 999,44 €				
Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre	6,00 €	132,00 €	ADSE/CGA	1387,12 €				
Dr. José Manuel Fernandes Correia	6,00 €	132,00 €	ADSE/CGA	1831,59 €				
Enf.* Maria de Lurdes de Sousa Escudeiro dos Santos	6,00 €	132,00 €	ADSE/CGA	1398,55 €				
<b>Período: 01 fevereiro 2024 a 05 setembro 2024</b>								
Dr.* Carla Alexandra de Menezes Moutinho Henriques Gonçalo Catarino (a)	6,00 €	588,00 €	ADSE/CGA	9 533,52 €				
Dr.* Cláudia Maria Rascão da Silva Branco (b)	6,00 €	888,00 €	ADSE/SS	12 682,88 €				
Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio	6,00 €	780,00 €	ADSE/SS	12 021,43 €				
Dr.* Maria Armanda Morato Bravo Moura	6,00 €	816,00 €	ADSE/CGA	10 868,93 €				
Dr. Pedro Emanuel Ventura Alexandre (b)	6,00 €	792,00 €	ADSE/CGA	10 811,56 €				
Enf.* Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão	6,00 €	792,00 €	ADSE/CGA	10 950,58 €				
<b>Período: a partir de 06 setembro 2024</b>								
Dr.* Maria Isabel Beato Viegas Aldir	6,00 €	486,00 €	ADSE/CGA	9 227,24 €				
Dr. Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas	6,00 €	486,00 €	ADSE/CGA	6 252,70 €				
Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio	6,00 €	486,00 €	ADSE/SS	6 249,43 €				
Dr.* Maria Armanda Morato Bravo Moura	6,00 €	462,00 €	ADSE/CGA	6 249,40 €				
Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	6,00 €	486,00 €	ADSE/SS	6 249,43 €				
Enf.* Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão	6,00 €	486,00 €	ADSE/CGA	6 249,43 €				

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

Não existem montantes pagos por outras sociedades em relação de domínio ou de grupo ou que se encontrem sujeitas a um domínio comum.

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

Não existe remuneração paga sob forma de participação nos lucros e/ou de pagamento de prémios.

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

Não foram pagas nem são devidas indemnizações a ex-administradores executivos relativamente à cessação das suas funções durante o exercício.

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

Membros do Órgão de Fiscalização	Remuneração Anual (€)		
	Bruto (1)	Reduções Remuneratórias (2)	Valor Bruto Final (3) = (1) + (2)
Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida	20 377,14 €		20 377,14 €
Dra. Carla Maria Lamego Ribeiro			
Dra. Tânia Isabel Branco de Jesus	16 091,60 €		16 091,60 €
Dr. Rui Miguel Marques Neves Pinho Bandeira			
			<b>36 468,74 €</b>



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

A Assembleia Geral não faz parte dos Órgãos Sociais dos Hospitais, EPE.

*Handwritten signatures and initials:*  
NB  
ct  
A. Sousa  
J  
M. Sousa



PNB  
cf  
Assunto  
JL

## VIII. Transações com Partes Relacionadas e Outras

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

Não foram efetuadas transações com partes relacionadas. No entanto, a ULSLO 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 pela ULSLO 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, 19º e 20.º, todos do CPP) e com os critérios materiais (cfr. artigos 24.º e ss.), qual o procedimento em concreto aplicável.

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

2. Informação sobre outras transações:

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

Um dos traços mais marcantes do referido carácter jurídico-público é a sujeição da celebração de quaisquer contratos de aquisição de bens, obras e serviços, mas também concessões (de obras e serviços públicos), ao regime procedimental previsto na parte II do Código dos Contratos Públicos (CCP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, na sua redação atual. Dito de outro modo, todo e qualquer contrato que envolva prestações típicas daqueles contratos, e que seja celebrado pela Unidade Local de Saúde 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, 19º e 20.º, todos do CCP) e com os critérios materiais (cfr. artigos 24.º e ss.), qual o procedimento em concreto aplicável.

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

No caso específico da aquisição de medicamentos e de material de consumo clínico, as aquisições são efetuadas ao abrigo dos Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA) na área da Saúde, mediante convite à apresentação de proposta dirigido apenas aos operadores económicos que sejam partes naqueles CPA, de acordo com o procedimento pré-contratual previsto no artigo 259.º do CCP. Destacam-se ainda as aquisições centralizadas promovidas pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS, EPE), nos termos



of 13  
ATCUNA  
K  
H

do Despacho n.º 1571-B/2016, publicado no Diário da República, 2ª Série, n.º 21, 1 de fevereiro de 2016, sendo que a maioria dos medicamentos adquiridos pelo CHLO são objeto das aquisições centralizadas promovidas pela SPMS, EPE a agregação centralizada destes bens, tem também como objetivo a redução de encargos financeiros promovendo a economia de escala e também a normalização a nível nacional do preço dos medicamentos que representam maior encargo para o Serviço Nacional de Saúde.

Todos os contratos celebrados, de valor igual ou superior a 750 000 € (cfr. artigos 46.º e 48.º da LOPTC), e que não estivessem isentos (cfr. 47.º da LPOTC), têm de ser submetidos a fiscalização prévia do Tribunal de Contas, observando o disposto na Lei n.º 98/97, de 26 de agosto (Lei de Organização e Processo do Tribunal, LOPTC).

b. Identificação das transações que não tenham ocorrido em condições de mercado:

Não existem.

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

- SUCH-SERV UTILIZ COMUM HOSPITAIS: 15.901.521 €



7/13  
Aroune  
plum

## IX. Análise de Sustentabilidade da Empresa nos Domínios Económico, Social e Ambiental

Caracterização dos elementos seguidamente explicitados, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação:

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

Esta informação consta do ponto II.2. deste documento.

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

Esta informação consta do ponto II.2. deste documento.

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, ambiental e económica**, subjacente na missão, visão e valores da organização, assenta em princípios que promovem a:

- Literacia e educação;
- Promoção da Saúde;
- Qualidade de vida no trabalho;
- Boas práticas;
- A justa utilização dos recursos disponíveis;
- A reutilização dos recursos, na medida do possível;
- A substituição de recursos, sempre que possível, por outros com menor pegada;
- A busca para diminuir os efeitos negativos que alguns recursos possam provocar no meio ambiente;
- A organização dos recursos disponíveis para um equilíbrio económico, financeiros a longo prazo sem afetar a atividade e o bem-estar, antes, promover os seus desenvolvimentos.

Esta área tem vindo a ser desenvolvida e enquadrada com as atividades que as instituições que tutelam a Saúde já promovem, nomeadamente, através da divulgação de posters com comunicação dirigida.

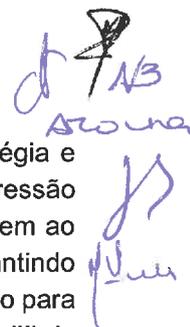
No ano 2024 foram promovidas várias iniciativas das quais se destacam as seguintes:

- No âmbito da sustentabilidade económica, destaca-se a implementação do sistema de senhas da plataforma Attendsys, que permitiu que os doentes com exames agendados passassem a efetivar os exames nos quiosques (deixaram de ter de ir efetivar os exames no secretariado), a serem chamados pela senha diretamente para a realização do exame; este novo circuito do doente é mais rápido, mais eficiente (liberta o secretariado para outras tarefas mais diferenciadas e reduz os custos operacionais) e permitiu implementar definitivamente a chamada por número de senha (e não por nome do doente), melhorando significativamente o cumprimento das regras do RGPD;



*Handwritten signatures and initials: A, NB, and a signature.*

- Os desenvolvimentos e investimento que têm sido efetuados no sentido de se promoverem e divulgarem os meios eletrónicos que facilitam um contacto mais rápido, fácil e rastreável dos doentes com a instituição evitando, sempre que possível a impressão em papel, o que permite a redução em larga escala dos consumos de toner, produto altamente poluente. São disso exemplo;
  - A app MyCHLO, que permite atualmente a interação direta do utente com as unidades hospitalares e que se projeta vir a permitir essa mesma interação com todos os utentes da ULSLO, independentemente do contexto de acesso seja para cuidados de saúde primários ou hospitalares. A implementação desta medida perspetiva o alcance de ganhos de diversa natureza, como a redução das deslocações dos utentes aso Centros de Saúde ou Hospitais da ULSLO, a redução do consumo de papel, a redução dos custos com correspondência enviada e a redução da duplicação de pedidos realizados pelos utentes. Neste âmbito está também prevista a implementação de um ePortal da ULSLO em ambiente web que virá a reforçar as funcionalidades já existentes na app MyCHLO;
  - O sistema de atendimento automático a utentes, com quiosques e monitores que permitem o registo na admissão e a visualização de informação nas áreas de consultas externas, hospital de dia e urgência, possibilitando também a gestão das visitas aos doentes internados;
  - Automatização, em larga escala, da emissão de documentos eletrónicos, e respetiva assinatura também eletrónica, com o conseqüente abandono do documento físico, ao nível da emissão de Termos de Responsabilidade, por exemplo, – assunção, por parte da ULSLO de pagamento de prestação de serviços de radiologia - com a conseqüente redução dos tempos de espera e de deslocação do utente ao hospital para levantamento dos referidos documentos;
  - A implementação de um sistema integrado de gestão de contactos e suporte ao doente, totalmente desmaterializado, permitindo otimizar os canais de comunicação com o utente, melhorar a efetividade e os tempos de resposta às solicitações dos utentes que diariamente interagem com a ULSLO, implementar um sistema de gestão eficiente de contactos com os utentes e reduzir o consumo de recursos.
  - A implementação de um Sistema de Informação de Gestão e Obtenção de consentimentos para processos administrativos ou para procedimentos clínicos, possibilitando que todos os consentimentos, independentemente do seu carácter, sejam disponibilizados de forma desmaterializada ao utente através da app MyCHLO (ULSLO);
  - A adoção de um sistema de gestão da correspondência que possibilite o envio, de forma segura, desmaterializada e rápida, de documentação para os utentes ou outras entidades;
  - A promoção da gestão eficiente dos recursos de sistemas de impressão designadamente através da centralização de impressoras por sectores permitindo a redução da dispersão de impressoras nos diferentes gabinetes das áreas clínicas ou administrativas;
  - Outras medidas tomadas no âmbito da informatização clínica incluindo a prescrição eletrónica, a desmaterialização da informação dos processos clínicos, certificação do óbito, bem como de outras particulares de carácter mais limitado a serviços específicos, onde foram introduzidas novas aplicações/novas versões ao nível dos seus softwares para permitir melhores índices de operacionalidade/comunicação com os utentes.
- Os vários programas com o foco na promoção da saúde, em especial para os doentes crónicos, o investimento nos programas de voluntariado para apoio diário aos doentes de ambulatório e internamento, a promoção da arte como elemento positivo para a cura ou, no mínimo, para o alívio de fatores de stress do doente e, não menos importante, a promoção de uma alimentação saudável com repercussão direta nos menus disponibilizados diariamente nos refeitórios e cafetarias da ULSLO;



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

- 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, resíduos e hídrica. Exemplos disso, a ULSLO já tem dois dos seus hospitais a funcionar com centrais de cogeração e novos ecopontos para uma boa gestão de resíduos.

A **sustentabilidade ambiental** é um tema que a ULSLO aborda de forma estrutural, mas também através da consciencialização de todos os profissionais e utentes da instituição, através das seguintes ações:

- Sensibilizando os funcionários para a necessidade de redução do consumo de água quente sanitária, eliminando desperdícios e alertado os utentes do centro hospitalar para a poupança de água e eletricidade;
- Adquirindo, 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;
- Instalando redutores de caudal (difusores, filtros, atomizadores ou arejadores) nas torneiras e chuveiros;
- Prestando formação teórica sobre triagem de resíduos e passado a identificar os contentores para o correto acondicionamento dos resíduos nos respetivos locais de produção.
- Tendo 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.

Neste sentido, no ano 2024 foram promovidas várias iniciativas, das quais destacamos:

Na **Área de Coração e Vasos** foram adotadas as seguintes medidas que poderão enquadrar-se na **RGS2024 – Sustentabilidade Económica, Social e ambiental**:

- Requisição de ecocardiogramas via Siima, deixando de ser necessária a impressão da requisição, a entrega e o arquivo da mesma no secretariado dos Exames de Cardiologia; a lista de espera passou a ser gerida de forma totalmente informática, facilitando o circuito do doente, reduzindo significativamente o trabalho administrativo e permitindo agendar os exames com base em prioridades clínicas definidas previamente. No ano 2025 está prevista a mesma transição para os restantes exames de Cardiologia.



df NB  
Assunção  
JP  
H. Silva

- Em termos ambientais, houve foi introduzida também a utilização de pilhas recarregáveis nos equipamentos da unidade, permitindo uma diminuição do consumo de materiais descartáveis. Destaca-se ainda a instalação de redutores de caudal nos terminais das torneiras das salas de trabalho, o que contribuiu para uma redução significativa do consumo de água.

O **Serviço de Neurologia** implementou a prática de utilização de caixas plásticas para transporte de medicamentos do armário de segurança do serviço, que são higienizadas e reutilizadas e promovem a redução da utilização de sacos de plástico descartáveis anteriormente utilizadas para o mesmo efeito.

O **Serviço de Nefrologia**, que a pensar no futuro e na sustentabilidade dos cuidados de saúde, tem contribuído de forma ativa para a Missão do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, indo ao encontro do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 onde o foco principal é a construção de um Desenvolvimento Sustentável, tendo como mote uma *Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*, onde ganham também relevância os problemas ligados às alterações climáticas ou às infeções com potencial pandémico ou as catástrofes naturais.

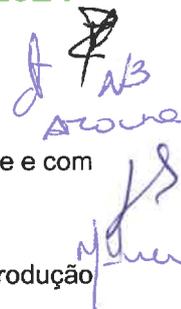
Os **Serviços Farmacêuticos** implementaram/consolidaram as seguintes iniciativas de boas práticas no âmbito da sustentabilidade económica, social e ambiental:

Otimização de processos: Coordenação do Grupo de Avaliação de Dispositivos Médicos (GaDIM) para a definição de critérios de seleção e avaliação dos mesmos, órgão consultor da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), introduzindo transparência e racionalidade ao processo.

- Acesso
  - Consulta farmacêutica e sistema de entrega de medicamentos em proximidade;
  - Atribuição de farmacêutico de referência a cada doente seguido em consulta farmacêutica/dispensa de medicação em ambulatório;
  - Boletim de acolhimento;
  - Carteira de Serviços
- Qualidade e Ambiente
  - Campanhas de qualidade e promoção da segurança
  - Separação de lixos (papelão, lixo comum, lixo biológico);
  - Campanha “ajude-nos a ser uma farmácia mais sustentável”
  - Implementação do sistema de distribuição de medicamentos por sistema informatizado Tipo Kardex, reduzindo a impressão em papel
- Em desenvolvimento
  - Está ainda em desenvolvimento o processo informático em circuito fechado (sem “papel”) para a justificação de medicamentos, visando a otimização processual e a redução da pegada carbónica.
  - Implementação de PDAs para reposição de stocks informatizada, sem impressão de papel.

Os **Serviços Farmacêuticos** da ULSLO são acreditados pelo sistema de certificação ACSA, modelo gestão clínica, estando, desde há largos anos, comprometidos com os processos de qualidade e melhoria contínua, que envolvem algumas das dimensões aqui focadas, que se encontram previstas num conjunto de 5 blocos de standards: cidadão, a organização da atividade centrada no utente, os profissionais, os processos e os resultados. Reiteram, assim, o seu compromisso com a melhoria contínua e a sua disponibilidade para a participação ativa nos projetos de sustentabilidade económica, social e ambiental da ULSLO.

O **Serviço de Gestão Hoteleira** tem estado empenhado em:



- Contribuir para a melhoria do desempenho ambiental do CHLO, tornando-o mais eco-eficiente e com isso, ajudar a combater a crise ambiental global
- Dar resposta aos requisitos dos planos nacionais de resíduos e orientações da tutela
- Contribuir para o cumprimento das metas nacionais de redução de consumo de materiais / produção de resíduos e reciclagem
- Sensibilizar os profissionais para práticas mais sustentáveis

Nesta senda, no âmbito do tratamento de resíduos, o SGH continuou a prosseguir os seguintes objetivos específicos:

- Aumentar consideravelmente a recolha de recicláveis
- Tornar a triagem de resíduos mais eficiente, reduzindo as inconformidades
- Dotar os serviços do equipamento e material necessário para o correto acondicionamento dos resíduos
- Reduzir os custos com a gestão de resíduos e consumo de materiais
- Reduzir o consumo de papel

Foram realizadas ações de formação gerais e abertas a todos os serviços sobre triagem de resíduos. Da qualidade da triagem feita pelo produtor resultará a correta alocação de recursos ao respetivo tratamento. Foram realizadas 6 ações de formação, a que assistiram 152 formandos.

Foram ainda realizadas Visitas Técnicas a 24 serviços/unidades hospitalares e a todas as unidades dos Cuidados de Saúde Primários, com o objetivo de monitorizar a triagem de resíduos e propor a implementação de ações corretivas e/ou de otimização de funcionamento no âmbito de uma melhoria contínua do processo, tendo em conta as não conformidades detetadas.

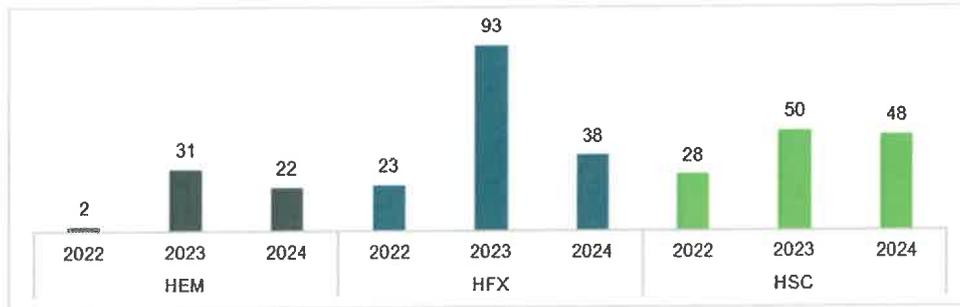
Os pesos médios dos contentores de resíduos recolhidos na ULSLO para tratamento refletem a sensibilização feita junto dos serviços produtores para o melhor aproveitamento possível dos referidos contentores, otimizando o respetivo transporte (para o Centro Integrado de Valorização e Tratamento de Resíduos Hospitalares e Industriais, na Chamusca).

A preocupação ambiental refletiu-se também no reforço da frota da ULSLO com novas viaturas elétricas, afetas aos Cuidados de Saúde Primários.

Relativamente à sustentabilidade social, na vertente que diz respeito aos assistentes operacionais e técnicos auxiliares de saúde, a ULSLO tem pugnado por disponibilizar a formação que mais valorize estes grupos profissionais, tendo acrescentado a formação "Sorrir, Perceber, Agir" às formações eminentemente técnicas específicas para AO/TAS (nomeadamente as respeitantes às infeções associadas a cuidados de saúde). Foram realizadas 63 ações de formação SPA, com 572 formandos.

O **Serviço de Logística e Distribuição (SLD)** desenvolveu em 2024, diversas atividades, quer do âmbito económico, quer social/profissional ou ambiental.

Foram reforçadas várias medidas nos armazéns centrais que mantiveram a lógica de migrar para stock central vários artigos com stocks dispersos e de difícil controlo. A criação de novos artigos em armazém central implica, medidas de aumento de rotação dos artigos já existentes, de melhor planeamento de entregas por parte dos fornecedores, redução do número de dias de cobertura de stocks nos artigos de maior volume de forma a aumentar a capacidade de armazenamento.



*Handwritten signature and initials in blue ink.*

O Projeto ScanSuite continua a expandir a sua utilização sobre diferentes vetores:

- Expansão na utilização por parte dos Serviços Utilizadores com a implementação em todas as Unidades do HSC, 3 Unidades no HFX e 3 Unidades no HEM
- Expansão das funcionalidades com a entrada em produção da possibilidade de fazer pedidos e devoluções no PDA, reduzindo assim a necessidade de a Enfermagem realizar estas tarefas num posto de trabalho fixo.
- Para 2025 estão ainda planeadas novas funcionalidades que foram alvo de testes e desenvolvimento em 2024 como a receção de encomendas.



O ano de 2024 trouxe um novo desafio ao Serviço de Logística e Distribuição com a integração dos Cuidados de Saúde Primários de Lisboa Ocidental e Oeiras e de Cascais. Como principais atividades, foram implementados ou iniciados os seguintes projetos:

- Projeto de armazéns avançados em todos os CSP;
- Projeto de rotas e nivelamento de cargas de distribuição por Polo Hospitalar e locais de destino;
- Projeto de simplificação de registo de consumos por RFID (iniciado).





*Handwritten notes:*  
 1/3  
 de  
 Souza  
 J

Projeto Green-ICU do Serviço de Medicina Intensiva



O projeto Green-ICU do Serviço de Medicina Intensiva da ULSLO é uma iniciativa que tem como objetivo a redução da pegada ecológica que as nossas Unidades de Cuidados Intensivos têm. Este projeto vai ao encontro de um movimento verde cada vez mais presente nos hospitais dos países desenvolvidos, associado à preocupação crescente com o nosso futuro.

As alterações climáticas representam um dos maiores desafios globais do século XXI com impactos profundos e multifacetados na saúde humana e nos sistemas de saúde. Paradoxalmente, o setor da saúde contribui simultaneamente para a crise climática através da sua própria pegada ecológica.

As particularidades dos edifícios hospitalares traduzem-se numa elevada intensidade energética, hídrica e elevado consumo de materiais. Para além disso, têm um elevado potencial de geração de outputs ambientais diretos ou indiretos, com impactos negativos sobre o ambiente.

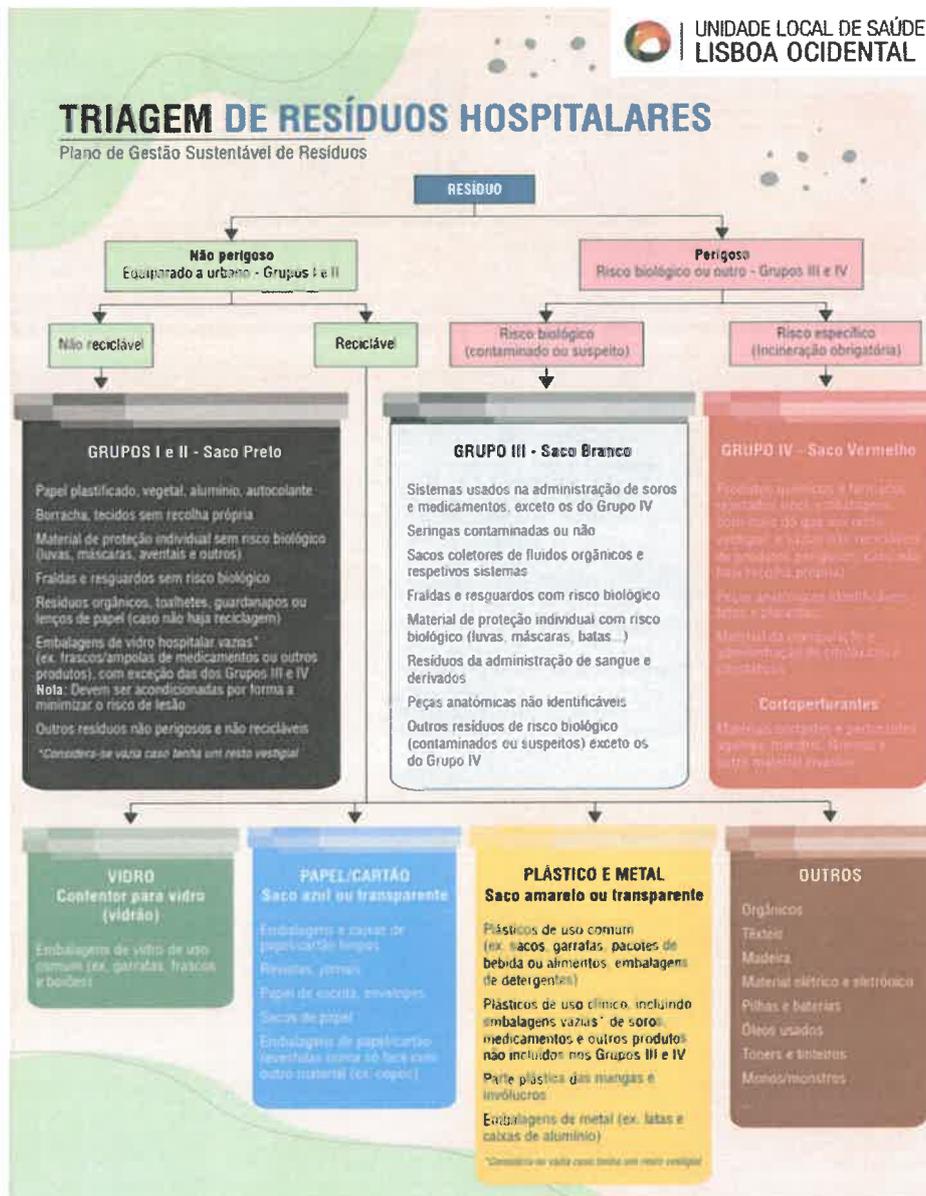
Dentro do próprio setor da saúde, as Unidades de Cuidados Intensivos destacam-se como uma das mais poluentes, estimando-se emissões de carbono entre os 88-178 kg CO<sub>2</sub>e/paciente/dia e uma produção de resíduos entre 1,1-13,7 kg/paciente/dia, constituindo uma pegada ecológica significativa.

No âmbito deste projeto, divulgaram-se materiais sobre o uso racional de luvas, com segurança para profissionais/doentes e menor impacto para o ambiente.

*Dr. Gonçalo Guerreiro, Dra. Rita Ivo, Dra. Joana Osório, Enfª Joana Pimenta, Enfª Mica Alberto*

*AB*  
*Arcana*  
*plume*

Projeto de Gestão Sustentável de Resíduos Hospitalares da ULSLO



- 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);

A ULSLO tem publicado o Plano para a Igualdade de género 2023/2024, no site da ULSLO no qual é feita a apreciação de um conjunto de medidas.

A ULSLO promove ativamente uma política de igualdade de oportunidades.

No final do ano 2024, a ULSLO tinha a exercer funções 5.485 trabalhadores, dos quais 1.214 são homens e 4.271 são mulheres, evidenciando-se uma predominância do sexo feminino (78%) em praticamente todos os grupos profissionais.



Handwritten signature and initials in blue ink, including the number '13' and the name 'Sousa'.

Fruto da integração dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares, entre outras medidas de menor peso, registou-se um aumento de aproximadamente de 1.200 profissionais face aos existentes no CHLO, em 2023.

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 da ULSLO, 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 e à elaboração do relatório a que se refere o n.º 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2014, de 7 de março;

Importa referir que na presença de um universo de trabalhadores maioritariamente feminino (78%) grande parte das preocupações plasmadas na Resolução do Conselho de Ministros n.º 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 da ULSLO 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 empresa, 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.

Em 2024, a Unidade de Formação realizou 276 ações de formação com 3553 participantes de vários grupos profissionais, sendo 130 externos. Deste modo, verificou-se que houve um aumento acentuado na ordem dos 48% em relação ao ano anterior, como se poderá constatar no quadro seguinte.

- f. Informação sobre a política de responsabilidade económica, com referência aos moldes em que foi salvaguardada a competitividade da empresa, 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 RJSPE). 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 efetividade clínica com qualidade e segurança nos serviços prestados, numa perspetiva de melhoria contínua, tem promovido e implementado diversos programas que mantêm a organização como uma unidade prestadora de cuidados de saúde altamente diferenciados, com intensa concentração de conhecimentos e de recursos técnicos, garantindo uma prestação de elevada qualidade.

Destaque para:

- submissão de estudos clínicos ou outros às entidades competentes nas áreas do medicamento, dispositivo médico, intervenção de procedimentos e de técnica cirúrgica;
- Ferramentas desenvolvidas para aumentar a organização e a uniformização de procedimentos e circuitos relacionados com a Investigação Clínica na Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental (ULSLO).

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.

O **Serviço de Inovação e Investigação Clínica (SIIC)** é o Serviço responsável pela organização de todos os procedimentos relacionados com a investigação clínica, nomeadamente:

- Promover, acompanhar e divulgar os estudos e projetos de investigação realizados no centro;
- Submeter todas as solicitações de estudos e projetos clínicos ao Comité de Ética do Hospital e ao Conselho de Administração;
- Apoiar o processo de levantamento de documentação para submissão de estudos e realização de acordos financeiros;
- Apoiar todos os projetos de investigação clínica conduzidos pelo investigador, incluindo administração de financiamento e gestão de auditorias externas;
- Ajudar os investigadores em todas as atividades de investigação, incluindo viabilidade, realização de visitas de estudo, entrada de dados e resolução de *queries*;
- Estimular o estabelecimento de grupos de investigação, incluindo interação com investigadores principais de modo a impulsionar a investigação translacional;
- Estimular a cooperação científica institucional nacional e estrangeira, bem como auxiliar no estabelecimento de protocolos com entidades externas;
- Assessorar o Conselho de Administração em todas as questões de investigação clínica, incluindo aconselhamento em apoio financeiro e bolsas / prémios de investigação.

O Serviço está concebido como uma estrutura transversal, e até agora, com polos nos três hospitais.

Tem sido objetivo a promoção de estudos de investigação que integrem os vários profissionais da ULSLO.

Na página da intranet da ULSLO, o SIIC pretende dar visibilidade à atividade de investigação de forma estruturada para consulta ao trabalho desenvolvido em prol da melhoria dos cuidados prestados aos doentes e da contribuição dos nossos investigadores, no desenvolvimento de novas e melhores formas de prevenir, diagnosticar e tratar doenças.

Por considerarmos importante desenvolver a literacia dos doentes sobre estudos clínicos, no site da internet da ULSLO, encontra-se a página:



et 7 N3  
Acuna  
H. J. M.

<https://www.ulslo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/centro-de-inovacao-e-investigacao-clinica>

que contém informação sobre estudos de investigação e enumera, por patologia, todos os ensaios clínicos em fase de recrutamento.

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.

A ULSLO é reconhecida como **Centro de Referência Nacional** para as seguintes áreas:

- Cardiologia de Intervenção estrutural,
- Cardiopatias congénitas (em colaboração com a Unidade Local de Saúde de Santa Maria e o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa),
- Epilepsia Refratária (em colaboração com a Unidade local de Saúde de São José),
- Oncologia de Adultos – cancro do reto,
- Transplante de coração – adultos,
- Transplante de rim – adultos,
- Implantes cocleares,
- Neurorradiologia de intervenção na doença cerebrovascular.

Integra ainda a **Rede Europeia de Referência** GUARD-HEART, dedicada às doenças cardíacas, e é também reconhecida, pela Direção-Geral da Saúde, como Centro de Tratamento Cirúrgico de Obesidade.



7/13  
ct  
Aciona  
JS  
JL

## X. Avaliação do Governo Societário

1. Menção à disponibilização em SiRIEF da ata da reunião da Assembleia Geral, Deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação dos documentos de prestação de contas (aí se incluindo o Relatório e Contas e o RGS) relativos ao exercício de 2021 por parte dos titulares da função acionista ou, caso não se tenha ainda verificado a sua aprovação, menção específica desse facto.

A ULSLO não recebeu qualquer avaliação do acionista relativamente às contas do exercício anterior.

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

Relativamente à estrutura e prática de governo societário não foram recebidas recomendações.

3. Outras informações: a empresa deverá fornecer quaisquer elementos ou informações adicionais que, não se encontrando vertidas nos pontos anteriores, sejam relevantes para a compreensão do modelo e das práticas de governo adotadas.

A ULSLO não tem outras informações a prestar.



O Conselho de Administração,

A Presidente do Conselho de Administração

  
\_\_\_\_\_  
(Maria Isabel Beato Viegas Aldir)

A Vogal Executiva do Conselho de  
Administração

  
\_\_\_\_\_  
(Maria Armanda Morato Bravo Moura)

O Vogal Executivo do Conselho de  
Administração

  
\_\_\_\_\_  
(Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes)

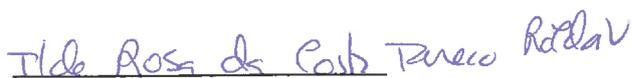
O Diretor Clínico – Área dos Cuidados de Saúde  
Hospitalares

  
\_\_\_\_\_  
(Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas)

O Diretor Clínico – Área dos Cuidados de Saúde  
Primários

  
\_\_\_\_\_  
(Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio)

A Enfermeira Diretora do Conselho de Administração

  
\_\_\_\_\_  
(Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão)

## XI. Anexos do RGS

1. Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o n.º 2 do artigo 54.º do RJSPE ou, no caso das empresas que não tenham órgão de fiscalização nomeado pela tutela, declaração dando conta desta situação.

À data de elaboração do presente relatório, o Conselho Fiscal ainda não dispunha da versão final do Relatório de Gestão e Contas de 2024, do Relatório do Governo Societário de 2024 e da Certificação legal de contas. Face ao exposto ainda não se encontram reunidas as condições para que o Conselho Fiscal possa emitir o seu Parecer.

  
  
Suzana  
  




*7/13  
cr  
stara  
JS  
ytkm*

2. Demonstração não financeira relativa ao exercício de 2023 que deverá conter informação referente ao desempenho e evolução da sociedade quanto a questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, igualdade de género, não discriminação, respeito pelos direitos humanos, combate à corrupção e tentativas de suborno (vide artigo 66.º-B do CSC) (aplicável às empresas de interesse público que à data do encerramento do seu balanço excedam um número médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual – cf. n.º 1 do mesmo artigo).~

DEMONSTRAÇÃO NÃO FINANCEIRA

Informação	Referência no Relatório do Governo Societário
Descrição do modelo empresarial da empresa	Capítulo V - A N.º 1 Capítulo V - C N.º 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9 a), 9 c), 9 d) Capítulo V - D N.º 1, 2, 5, 6, 7, 8 a) e 8 b) Capítulo V - E N.º 1, 2, 3 e 4 Capítulo V - F N.º 1
Descrição das políticas seguidas pela empresa em relação a questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, à igualdade entre mulheres e homens, à não discriminação, ao respeito dos direitos humanos, ao combate à corrupção e às tentativas de suborno, incluindo os processos de diligência devida aplicados	Capítulo II - N.º 2 Capítulo IX - N.º 3 a), 3 b), 3 c), 3 d), 3 e) e 3 f)
Os resultados dessas políticas	Capítulo II - N.º 2 Capítulo IX - N.º 3 a), 3 b), 3 c), 3 d), 3 e) e 3 f)
Principais riscos associados a essas questões, ligados às atividades da empresa, incluindo, se relevante e proporcionado, as suas relações empresariais, os seus produtos ou serviços suscetíveis de ter impactos negativos nesses domínios e a forma como esses riscos são geridos pela empresa	Capítulo II - N.º 3 e 4 Capítulo VI - A N.º 2 e 3 Capítulo VI - B N.º 1, 2, 3, 5, 6, 7 e 8 Capítulo VI - C N.º 2 e 3
Indicadores-chave de desempenho relevantes para a sua atividade específica	Capítulo II - N.º 3

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



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

*Handwritten notes in blue ink:*  
7/13  
at  
sua  
ss  
y/um



*Handwritten notes and signatures:*  
NB  
Araújo  
[Signature]



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

Eu, Maria Isabel Beato Viegas Aldir, 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, 06/09/2024

*Handwritten signature of Maria Isabel Beato Viegas Aldir*

Maria Isabel Beato Viegas Aldir  
Presidente do Conselho de Administração  
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:  
Cópia Fiscal Único  
Cópia IGF



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
LISBOA OCIDENTAL

*Handwritten notes and signatures in blue ink:*  
FNB  
at  
Moura  
/U

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

Eu, Maria Armanda Morato Bravo Moura, 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, 06/09/2024

*Maria Armanda Moura*  
Maria Armanda Morato Bravo Moura  
Vogal Executivo do Conselho de Administração  
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:  
Cópia Fiscal Única  
Cópia IGF



*Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'FAB', 'dr', 'Luisa', and 'J. Nuno'.*

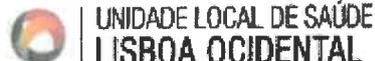
**DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA**  
(artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

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

Lisboa, 06/09/2024

Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes  
Vogal Executivo do Conselho de Administração  
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:  
Cópia Fiscal Único  
Cópia IGF



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

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

Eu, Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas, 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, 06/09/2024

*[Handwritten signature]*

Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas  
Diretor Clínico para a área dos CSH  
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE

*Obs:*  
*Cópia Fiscal Única*  
*Cópia IGF*



*Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'NB', 'ASW', and 'JL'.*



### DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, Nuno Miguel Avelar Duarte Basilio, 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, 06/09/2024

*Handwritten signature of Nuno Basilio*

Nuno Miguel Avelar Duarte Basilio  
Diretor Clínico para a área dos CSP  
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:  
Cópia Fiscal Único  
Cópia IGF



FAB  
d  
Ass. Un.  
J  
yU

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

Eu, Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão, 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, 06/09/2024

*Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão*

Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão  
Enfermeira Diretora  
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE

Obs.  
Cópia Fiscal Único  
Cópia IGF



*Handwritten notes and signatures:*  
F 1/3  
ck  
ASO 1/2  
JS  
H. Mendes

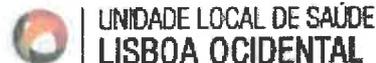
**DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL**  
(artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Maria Isabel Beato Viegas Aldir, 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, 06/09/2024

Maria Isabel Beato Viegas Aldir  
Presidente do Conselho de Administração  
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE

*Obs:*  
Cópia Fiscal Único  
Cópia IGF



*NB*  
*dr*  
*Armando*  
*Moura*

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

Eu, Maria Armada Morato Bravo Moura, 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, 06/09/2024

*Maria Armada Moura*  
Maria Armada Morato Bravo Moura  
Vogal Executivo do Conselho de Administração  
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:  
Cópia Fiscal Único  
Cópia IGF



REPÚBLICA  
PORTUGUESA  
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
LISBOA OCIDENTAL

*FNS  
do  
Arco  
J.S.  
plum*

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

Eu, Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes, 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, 06/09/2024

Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes  
Vogal Executivo do Conselho de Administração  
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:  
Cópia Fiscal Único  
Cópia IGF



*Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'NB', 'Mourão', and 'J. Nunes'.*

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

Eu, Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas, 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, 06/09/2024

*Handwritten signature in blue ink: "Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas"*

Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas  
Diretor Clínico para a área dos CSII  
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:  
Cópia Fiscal Único  
Cópia IGF



*Handwritten signatures and initials in blue ink, including '13', 'Ave', 'JS', and 'plm'.*

### DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

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

Eu, Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio, 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, susceptíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 06/09/2024

*Nuno Basílio*

Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio  
Diretor Clínico para a área dos CSP  
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:  
Cópia Fiscal Único  
Cópia IGF



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
LISBOA OCIDENTAL

*Handwritten signature and initials: A/B, d, Acuna, J. J.*

## DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

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

Eu, Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão, 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, 06/09/2024

*Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão*

Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão  
Enfermeira Diretora  
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE

Obs:  
Cópia Fiscal Único  
Cópia IGF



*NB*  
*ct*  
*seu ne*  
*JS*  
*plm*

4. Ata para apreciação e aprovação dos Relatórios de Gestão e Contas e de Governo Societário

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E.  
Estrada do Forte do Alto do Duque  
1449-005 Lisboa C.A.E.: 86100 N.I.F.: 507618319  
Mat. 00655 de 2006.01.05 em Lisboa Cap.: EUR 217144727,00

ATAS

Folha 2

ATA Nº65 | Reunião Extraordinária

..... Pelas dez horas, do dia 24 de Abril do ano de dois mil e vinte cinco, na sede social, cita na Estrada do Forte do Alto do Duque, em Lisboa, reuniu o Conselho de Administração da Unidade Local de Lisboa Ocidental, E.P.E., encontrando-se presentes: a Senhora Presidente do Conselho de Administração, Dra. Maria Isabel Beato Viegas Aldir, o Diretor Clínico para a Área dos Cuidados de Saúde Hospitalares, Professor Doutor Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas, o Diretor Clínico para a Área dos Cuidados de Saúde Primários, Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio, os Vogais Executivos, Dra. Maria Armanda Morato Bravo Moura, Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes, e Enfermeira Diretora, Enf.ª Ilda Rosa Costa Tareco Roldão. ....

..... A Senhora Presidente do Conselho de Administração, Dra. Maria Isabel Beato Viegas Aldir, declarou aberta a reunião, dando início aos trabalhos pelo despacho dos assuntos constantes da ordem de trabalhos que se transcreve: .....

1	Apreciação e aprovação do Relatório de Governo Societário da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E., referente ao ano de 2024
2	Apreciação e aprovação do Relatório e Contas da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E., referente ao ano de 2024.

**Ponto um** – Foi aprovado o Relatório de Governo Societário da Unidade Local de Lisboa Ocidental, E.P.E., referente ao ano de 2024. ....

**Ponto dois** – De acordo com as disposições legais estatutárias aplicáveis previstas no artigo 71º, alínea d) dos estatutos publicados no Anexo II ao Decreto-Lei nº52/2022, de 4 de agosto, o Conselho de Administração da Unidade Local de Lisboa Ocidental, E.P.E., apresentadas as contas do exercício de 2024, propõe a sua aprovação e que o resultado apurado, no montante de 133.571.209,35 euros negativos, seja transferido para resultados transitados. ....

Concluídos os assuntos constantes da ordem de trabalhos, a Senhora Presidente do Conselho de Administração, Dra. Maria Isabel Beato Viegas Aldir, deu a reunião por encerrada eram doze horas. Do que ali foi tratado ou resolvido, lavrou-se a presente ata que vai ser lida e assinada por todos os presentes. ....

*Maria Isabel Beato Viegas Aldir*  
.....  
Maria Isabel Beato Viegas Aldir

*Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas*  
.....  
Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas

*Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio*  
.....  
Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio

*Maria Armanda Morato Bravo Moura*  
.....  
Maria Armanda Morato Bravo Moura

*Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes*  
.....  
Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes

*Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão*  
.....  
Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão

