

# Relatório do Governo Societário



CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE | 2022



## Índice

I.	Síntese (Sumário Executivo) .....	6
II.	Missão, Objetivos e Políticas.....	9
III.	Estrutura de capital .....	18
IV.	Participações Sociais e Obrigações detidas .....	19
V.	Órgãos Sociais e Comissões .....	20
	A. Modelo de Governo .....	20
	B. Assembleia Geral.....	20
	C. Administração e Supervisão .....	21
	D. Fiscalização.....	47
	E. Revisor Oficial de Contas.....	51
	F. Conselho Consultivo (caso aplicável) .....	53
	G. Auditor Externo (caso aplicável).....	53
VI.	Organização Interna.....	54
	A. Estatutos e Comunicações.....	54
	B. Controlo interno e gestão de riscos .....	55
	C. Regulamentos e Códigos.....	63
	D. Deveres especiais de informação.....	67
	E. Sítio na Internet.....	70
	F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral .....	72
VII.	Remunerações .....	74
	A. Competência para a Determinação.....	74
	B. Comissão de Fixação de Remunerações .....	75
	C. Estrutura das Remunerações .....	75
	D. Divulgação das Remunerações.....	77
VIII.	Transações com partes Relacionadas e Outras.....	80
IX.	Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios: económico, social e ambiental.....	82
X.	Avaliação do Governo Societário.....	96

## Índice de quadros:

Quadro 1 – Práticas de Bom Governo.....	8
Quadro 2 – Centros de Referência do CHULN.....	11
Quadro 3 – Grau de cumprimento dos objetivos do CP 2022.....	15
Quadro 4 – Evolução do capital estatutário do CHULN.....	18
Quadro 5 – Composição do Conselho de Administração 2019-2021 .....	22
Quadro 6 – Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas ....	25
Quadro 7 – Acumulação de funções.....	25
Quadro 8 – Composição do Conselho Fiscal.....	49
Quadro 9 – Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro .....	50
Quadro 10 – Número de anos em que o ROC exerce funções na entidade/grupo .....	52
Quadro 11 – Remuneração do ROC relativa ao ano de 2022.....	52
Quadro 12 – Montante anual da remuneração auferida pelos membros do Conselho de Administração .....	77
Quadro 13 – Montante anual da remuneração auferida pelos membros do órgão de fiscalização.....	79
Quadro 14 – Lista Fornecedores.....	82
Quadro 15 – Formação no âmbito da prevenção de incêndios e planos de evacuação .....	87
Quadro 16 – Formação no âmbito da descontaminação de superfícies e utilização de equipamentos.....	88
Quadro 17 – Formação em Privacidade e Proteção de Dados.....	88
Quadro 18 – Formação em bem estar do colaborador.....	88

## SIGLAS

<b>ACES</b>	Agrupamento de Centros de Saúde
<b>ACSS</b>	Administração Central do Sistema de Saúde
<b>AESE</b>	Escola de Direção e Negócios
<b>ARSLVT</b>	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
<b>CA</b>	Conselho de Administração
<b>CAGEP</b>	Curso Avançado para Gestores Públicos
<b>CCP</b>	Código dos Contratos Públicos
<b>CEAH</b>	Curso de Especialização em Administração Hospitalar
<b>CP</b>	Contrato Programa
<b>CPLP</b>	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
<b>CTH</b>	Consulta a Tempo e Horas
<b>CTT</b>	Correios e Telecomunicações de Portugal
<b>DGO</b>	Direção Geral do Orçamento
<b>DGS</b>	Direção Geral de Saúde
<b>DGTF</b>	Direção Geral de Tesouro e Finanças
<b>EGA</b>	Equipa de Gestão de Altas
<b>ENSP</b>	Escola Nacional de Saúde Pública
<b>EPE</b>	Entidade Pública Empresarial
<b>ERS</b>	Entidade Reguladora de Saúde
<b>ETC</b>	Equivalente a Tempo Completo
<b>FDL</b>	Faculdade de Direito de Lisboa
<b>IDG</b>	Índice de Desempenho Global
<b>INA</b>	Direcção Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções Públicas
<b>ICM</b>	Índice de Case-Mix
<b>IGF</b>	Inspeção-Geral de Finanças
<b>INFARMED</b>	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
<b>LAC</b>	Livre Acesso e Circulação de Utentes no Serviço Nacional de Saúde
<b>LEC</b>	Lista de Espera para a Consulta
<b>LIC</b>	Lista Inscritos na Cirurgia
<b>MCDT</b>	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
<b>PPRCIC</b>	Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
<b>RGPD</b>	Regulamento Geral de Proteção de Dados

<b>RGS</b>	Relatório de Governo Societário
<b>RJSPE</b>	Regime Jurídico do Setor Público Empresarial
<b>RNCCI</b>	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
<b>ROC</b>	Revisor Oficial de Contas
<b>SIADAP</b>	Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública
<b>SICA</b>	Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento
<b>SIGEF</b>	Sistema de Informação para a Gestão Económico Financeira
<b>SIRIEF</b>	Sistema de Recolha de Informação Económico-Financeira
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>SPMS</b>	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
<b>TMRG</b>	Tempos Máximos de Resposta Garantidos
<b>UNL</b>	Universidade Nova de Lisboa
<b>UOCF</b>	Unidade Operacional de Controlo Financeiro
<b>UTAM</b>	Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial

## I. Síntese (Sumário Executivo)

*A síntese ou sumário executivo deve permitir a fácil perceção do conteúdo do relatório e, em particular, mencionar as alterações mais significativas em matéria de Boas Práticas de Governo Societário adotadas em 2022.*

O presente Relatório sobre o Governo Societário no exercício de 2022 é elaborado nos termos do artigo 54º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro, com as alterações da Lei nº 75-A/2014, de 30 de setembro e pela Lei nº 42/2016, de 28 de setembro, e de harmonia e para cumprimento das orientações emanadas para o efeito pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial (UTAM) e reflete a estrutura de governação da sociedade e as práticas adotadas pela empresa pública em matéria de *Corporate Governance*, no estrito cumprimento da Lei e de Boas Práticas de Gestão, no exercício de 2022.

A atividade do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. no ano de 2022 foi ainda marcada pela persistência dos efeitos provocados pela pandemia, nomeadamente nos primeiros nove meses de 2022, com impacto em toda a atividade programada desenvolvida.

Apesar de terem sido definidas linhas orientadoras de forma a facilitar a necessária adaptação e flexibilidade para responder às necessidades da população, importa ter presente que só a 01 de outubro de 2022 é que entraram as alterações legislativas de não renovação da situação de alerta em Portugal, com a Covid-19 a passar a ser tratada como qualquer outra doença, deixando de ser preciso reportar infeção à SNS24 e tendo terminado o isolamento obrigatório por Covid-19 e deixando de justificar situação de baixa já paga a 100%. Não obstante todos estes desafios, o ano de 2022 ficou marcado pela retoma da atividade assistencial nas grandes linhas de atividade não realizada nos períodos de maior volume de episódios de infeção por SARS-Cov-2, sendo que em algumas situações registou níveis de atividade assistencial superiores aos registados tanto face a 2021 como, nalguns casos, face a 2019.

A título de síntese e de forma a permitir a perceção do conteúdo do RGS, apesar das difíceis circunstâncias já referidas, o CHULN continuou a adotar as Práticas de Bom Governo, do capítulo II do regime jurídico do setor público empresarial (RJSPE) que têm sido seguidas.

Este Relatório pretende assim comunicar ao titular da função acionista, o Estado e o público em geral, informação pertinente sobre as práticas anteriormente referidas, com respeito pelos procedimentos internos de controlo e auditabilidade permanente, nomeadamente em termos de acesso e de melhoria da qualidade e da eficiência, no sentido de permitir a resposta mais adequada a todos os que ocorrem à instituição.

O presente documento, apresenta o modelo de governação, avalia os princípios de bom governo adotados, designadamente, o grau de observância das orientações, objetivos, obrigações e responsabilidades, o grau de cumprimento dos princípios de responsabilidade social e ambiental e desenvolvimento económico sustentável, a estrutura organizacional definida e instrumentos de gestão implementados, com especial enfoque no princípio da transparência, no controlo de risco e prevenção de conflitos de interesse e na melhoria e reforço contínuo dos instrumentos adequados à promoção da excelência do governo societário, tal como se refere no quadro seguinte:

**Quadro 1 – Práticas de Bom Governo**

CAPÍTULO II do RJSPE – Práticas de bom governo		sim	não	data
Artigo 43.º	Apresentou plano de atividades e orçamento para 2022 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponíveis	X		14/12/2022
	Obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de atividades e orçamento para 2022		X	
Artigo 44.º	Divulgou informação sobre estrutura acionista, participações sociais, operações com participações sociais, garantias financeiras e assunção de dívidas ou passivos, execução dos objetivos, documentos de prestação de contas, relatórios trimestrais de execução orçamental com relatório do órgão de fiscalização, identidade e curriculum dos membros dos órgãos sociais, remunerações e outros benefícios	X		
Artigo 45.º	Submeteu a informação financeira anual ao Revisor Oficial de Contas, que é responsável pela Certificação Legal das Contas da empresa	X		
Artigo 46.º	Elaborou o relatório identificativo de ocorrências, ou risco de ocorrências, associado à prevenção da corrupção de 2022	X		
Artigo 47.º	Adotou um código de conduta ética e divulgou o documento	X		
Artigo 48.º	Tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada	X		
Artigo 49.º	Prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiental	X		
Artigo 50.º	Implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade	X		
Artigo 51.º	Evidenciou a independência de todos os membros do órgão de administração e que os mesmos se abstêm de participar nas decisões que envolvam os seus próprios interesses	X		
Artigo 52.º	Evidenciou que todos os membros do órgão de administração cumpriram a obrigação de declararem as participações patrimoniais e relações suscetíveis de gerar conflitos de interesse ao órgão de administração, ao órgão de fiscalização e à IGF	X		
Artigo 53.º	Providenciou no sentido de que a UTAM tenha condições para que toda a informação a divulgar possa constar do sítio na internet da Unidade Técnica	X		



CAPÍTULO II do RJSPE – Práticas de bom governo	sim	não	data
Artigo 54.º Apresentou o relatório do órgão de fiscalização em que é aferido constar do relatório anual de práticas de governo societário informação atual e completa sobre todas as matérias tratadas no Capítulo II do RJSPE (boas práticas de governação)		X	

## 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).*

O CHULN tem por objeto a prestação de cuidados de saúde de excelência aos cidadãos, nacionais e internacionais, no âmbito das suas capacidades e responsabilidades, tendo em conta o seu elevado grau de diferenciação e o seu posicionamento no Serviço Nacional de Saúde.

Na área do ambiente, o CHULN adota as estratégias e práticas de responsabilidade social no âmbito do desenvolvimento sustentável e equilíbrio ambiental, destacando-se a poupança de recursos naturais, a utilização de energias renováveis e a gestão racional de resíduos.

São objetivos do CHULN:

Prestação da sua atividade, centrada no primado do doente;

Qualidade e humanização dos cuidados prestados;

Assegurar e melhorar as condições de acolhimento e internamento dos cidadãos utilizadores dos serviços prestados pelo Centro Hospitalar;

Garantir elevados padrões técnico-científicos, com particular destaque para a inovação;

Adequar equipamentos e instalações diretamente ligados à prestação de cuidados de saúde, na medida das disponibilidades;

Gestão de recursos humanos eficaz e eficiente, norteado pelos princípios legais aplicáveis;

Proporcionar aos profissionais condições de motivação e realização profissional, que permitam atrair e reter os melhores e mais diferenciados;

Desenvolver as atividades de investigação, ensino e formação, no que respeita à formação de profissionais de saúde;

Promover a articulação funcional com a rede de cuidados primários, no âmbito da sua área de influência, bem como com a rede nacional de cuidados continuados integrados;

Promover critérios de rigor, autonomia, responsabilização e flexibilidade na gestão.

Incluem-se, ainda, no seu objeto o desenvolvimento de atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação fundamental na formação de profissionais de saúde. Daqui decorre a estreita ligação à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e a outras instituições de ensino/investigação, nomeadamente no âmbito do Centro Académico de Medicina de Lisboa.

No que concerne à oferta de cuidados de saúde, o CHULN apresenta uma carteira de serviços altamente especializada e diversificada, dirigindo a sua intervenção a um vasto leque de situações de saúde, com diferentes níveis de complexidade. De uma forma geral, a oferta assistencial abrange a área de ambulatório (consulta externa, hospital de dia, cirurgia de ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica), internamento e urgência.

Para além dos diferentes serviços clínicos disponíveis, o CHULN apresenta 17 Centros de Referência, reconhecidos como centros de elevada diferenciação para a prestação de cuidados de saúde a utentes com situações clínicas específicas, com especial concentração de recursos, e constituídos por equipas multidisciplinares e altamente qualificadas, visando a prestação de cuidados com elevado padrão de qualidade, como se pode verificar no quadro seguinte:

Quadro 2 – Centros de Referência do CHULN

Centros de Referência	
Área de intervenção prioritária	Legislação
Epilepsia Refratária	Despacho n.º 11297/2015 de 8 de outubro
Paramiloidose Familiar	
Cardiologia de "Intervenção Estrutural"	Despacho n.º 3653/2016 de 11 de março
Cardiopatias Congénitas*	
Doenças Hereditárias do Metabolismo	
Oncologia de Adultos - Cancro do Esófago	
Oncologia de Adultos - Cancro Hepatobilio-Pancreático	
Oncologia de Adultos - Cancro do Reto	
Oncologia de Adultos - Sarcomas das Partes Moles e Ósseos	
Oncologia Pediátrica - Tumores do Sistema Nervoso Central**	
Transplantação Renal Pediátrica	
Transplante do Rim - Adulto	Despacho n.º 9414/2016 de 22 de julho
Coagulopatias Congénitas	Despacho n.º 6669/2017 de 8 de fevereiro
ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorporal)	
Fibrose Quística	
Implantes Cocleares***	
Neurorradiologia de Intervenção na Doença Cerebrovascular (NIDC)	

\*em colaboração interinstitucional como Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E. e Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa

\*\*em colaboração interinstitucional como Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E. P. E. e Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E. P. E.

\*\*\*em colaboração interinstitucional como Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E. P. E., Centro Hospitalar do Porto, E. P. E. e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E.

O objetivo estratégico da instituição passa pelo reconhecimento de novos centros de referência e certificação dos existentes.

O CHULN, enquanto estabelecimento hospitalar público, geral, central e altamente diferenciado em tecnologias e saberes, presta cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade desenvolve a sua **Missão** centrada no doente.

Fruto de uma simbiose histórica, lógica e natural, com a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, com a qual partilha instalações, recursos humanos e conhecimentos, o ensino e a formação pré e pós-graduada constituem-se como outro eixo fundamental da missão, reforçada pela integração no Centro Académico de Medicina de Lisboa, sem prejuízo de parcerias com outras instituições académicas nacionais e internacionais.

Para além da prestação direta de cuidados de saúde e da formação, a missão do CHULN comporta ainda as vertentes da inovação, do desenvolvimento científico e da investigação, como corolário lógico e aproveitamento natural das sinergias resultantes dos eixos da prestação e da formação.

A **Visão** do CHULN, EPE é a de reforçar a sua posição como referência no contexto internacional, nacional e regional, através da melhoria da qualidade, eficiência e acessibilidade aos cuidados de saúde, de forma sustentável, aumentando o valor para os utentes, apostando nas condições de atendimento e valorizando o papel dos colaboradores.

No âmbito do Centro Académico de Medicina de Lisboa, desenvolvem-se projetos conjuntos de prestação de cuidados, de formação e ensino e de investigação, a nível nacional e internacional.

No cumprimento da sua Missão, o CHULN e os seus profissionais partilham os seguintes **Valores** e Princípios:

- Serviço público com primado no doente;
- Respeito pela dignidade humana, pela diversidade cultural e religiosa e pelos direitos dos doentes;
- Equidade do acesso a cuidados de saúde;
- Rigor, integridade e responsabilidade;
- Elevados padrões de humanização, de competência técnica e científica dos serviços prestados;
- Cultura institucional e espírito de equipa;
- Ambição e empenho na melhoria contínua da qualidade;
- Valorização, motivação e envolvimento dos profissionais;
- Desempenho e sustentabilidade;
- Responsabilidade social e ambiental;
- Respeito pelos princípios éticos e deontológicos na atividade assistencial, formação pré e pós-graduada e investigação.

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

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

O CHULN adotou um modelo de governação estratégica para o triénio 2020/2022 assente em quatro perspetivas:

A **perspetiva do interesse do doente**, agrupando projetos ou medidas de intervenção eficazes que criem valor para o utente em termos de acessibilidade aos cuidados, melhoria da qualidade e aumento da satisfação.

A **perspetiva financeira**, agrupando projetos ou medidas de intervenção eficientes que assegurem os meios financeiros adequados, tendo em vista uma base sustentável, para assegurar a satisfação das necessidades de cuidados de saúde a prestar.

A **perspetiva dos processos assistenciais**, agrupando projetos ou medidas de intervenção destinados a aumentar a organização, a eficiência e a qualidade dos principais processos assistenciais nas diversas linhas de atividade.

A **perspetiva de aprendizagem e desenvolvimento**, agrupando projetos e medidas instrumentais incluindo fatores críticos de sucesso para alcançar a otimização dos processos, bons resultados económico-financeiros e bons cuidados aos utentes, integrando várias dimensões, como o capital humano, sistemas de informação, tecnologia, comunicação e qualidade do processo gestorário.

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

Os dados provisórios extraídos pela Administração Central do Sistema de Saúde em 03-02-2023 apontam para uma melhoria generalizada dos indicadores relacionados com a atividade assistencial no ano 2022 face ao ano 2021 e face ao contratualizado em sede de Contrato Programa 2022 (CP 2022), com particular relevância para o acréscimo de produção nas principais linhas de acesso:

- As primeiras consultas registam um aumento de 12.048 que corresponde a +6,3% face ao período homólogo e a uma taxa de execução do CP 2022 de 101%;
- A atividade cirúrgica programada apresenta um acréscimo de +17% comparativamente com 2021 (+3.510 cirurgias programadas). Privilegiou-se a cirurgia de ambulatorio que regista um crescimento de 19,1% face ao ano transato e uma taxa de execução do CP 2022 de cerca de 102%.

SÍNTESE DE RESULTADOS ACUMULADOS AO MÊS DE REFERÊNCIA

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, EPE

Grupo 1

Dezembro de 2022

L. E. ATIVIDADE - PRODUÇÃO (M)	PERÍODO REFERENCIAL (M) / PERÍODO REFERENCIAL (M)				CONTRATO - PROGRAMADO (M)			
	2022 (M)	2021 (M)	Δ (M)	Δ (%)	2022 (M)	Δ (M)	Δ (%)	PR/CP
<b>Exames Laborais (1)</b>	176.488	171.886	4.602	2,7%	176.488	-1.000	-0,6%	
Primeiras Consultas	100.544	92.496	8.048	8,7%	100.544	1.057	1,0%	
Consultas Subsequentes	520.840	533.390	-12.550	-2,3%	540.760	-19.920	-3,7%	
% Primeiras Consultas no Total de Consultas Médicas	17%	17%	0,0 pp	0,0%	17%	0,0 pp	0,0%	
<b>Cirurgia Programada (20M)</b>	24.852	21.342	3.510	17,0%	24.852	-1.000	-4,0%	
- 10M Cirurgias Ambulatoriais	10.771	9.062	1.709	18,9%	10.771	104	1,0%	
- 10M Cirurgias Internamentares	14.081	12.280	1.801	14,6%	14.081	-1.000	-7,1%	
% 10M Cirurgias Ambulatoriais	41%	43%	-2,0 pp	-4,7%	43%	-2,0 pp	-4,7%	
<b>Intervenção Total Assistencial</b>	176.488	171.886	4.602	2,7%	176.488	-1.000	-0,6%	

O CHULN tem trabalhado em áreas específicas, quer no âmbito da articulação com os Cuidados de Saúde Primários, quer criando alternativas internas de acesso, reduzir a afluência e frequência das admissões potencialmente evitáveis.

Importa dar nota do desvio verificado na linha de produção da urgência. Embora o CHULN tivesse previsto a retoma integral da atividade da urgência, retomando a quantidade contratada em anos anteriores à pandemia, o crescimento ficou aquém da estimativa, verificando-se uma execução do CP 2022 de 92%.

Regista-se um aumento dos episódios de urgência em 15,2% face a 2021. O CHULN está a promover medidas de contenção da atividade de urgência, nomeadamente através da garantia do acesso a cuidados de saúde programados.

A Taxa de Execução do CP 2022 apresenta uma melhoria de 2,7pp face a 2021, passando de 94% em 2021 para 96,7% em 2022.

II. GÓBIERNO / PROGRAMA									
		2021	2022	2021	2022		2021	2022	2021
		abs	abs	abs	abs	(%)	abs	abs	(%)
Taxa de Execução do CP	%	94,0%	96,7%	2,7 pp	2021/2022	+	94,0%	96,7%	+2,7 pp
Quantidade Programa (valor teórico)	€	689.487.176	682.587.487	6.899.689	2021/2022	-	689.487.176	682.587.487	-6.899.689

Os significativos aumentos de produção determinaram a melhoria generalizada dos indicadores de produtividade e eficiência.

O desempenho do indicador Gastos FSE/Doente Padrão resulta da conjuntura pandémica e geopolítica que potenciaram a subida generalizada dos preços.

III. Eficiência/Produtividade e Qualidade									
		Eficiência/Produtividade (prod. / unidade-hora-habitante (prod.))					Eficiência/Produtividade (prod. / unidade-hora-habitante (prod.))		
		2021	2022	2021	2022		2021	2022	2022
		abs	abs	abs	abs	(%)	abs	abs	(%)
Gastos Padrão / Médicos (FTE)	€	24,74	24,76	0,02	2021/2022	0,0%	24,74	24,76	0,0%
Gastos Padrão / Enfermeiros (FTE)	€	24,83	24,77	-0,06	2021/2022	-0,2%	24,83	24,77	-0,2%
Gastos Operacionais / Gasto Padrão	€	0,2282	0,2287	0,0005	2021/2022	+0,2%	0,2282	0,2287	+0,2%
Gastos Pessoal / Gasto Padrão	€	0,2277	0,2277	0,0000	2021/2022	0,0%	0,2277	0,2277	0,0%
Gastos Medicamentos / Gasto Padrão	€	0,2274	0,2284	0,0010	2021/2022	+0,4%	0,2274	0,2284	+0,4%
Gastos FSE / Gasto Padrão	€	248,2	248,4	0,2	2021/2022	0,1%	248,2	248,4	0,1%

O processo de acreditação do CHULN pela Agência de *Calidad de Andalucia* (ACSA) foi retomado em 2022, bem como garantida a continuidade do reconhecimento da excelência clínica (SINAS) e recertificação de vários serviços pelas normas ISO;

### Justificação dos desvios aos objetivos do Contrato Programa de 2022

Relativamente ao nível de cumprimento dos incentivos institucionais do CP 2022, contratualizados com a ARSLVT, o CHULN regista uma execução do Índice de Desempenho Global de 97,9%, distribuídos da seguinte forma:

- 97,6% dos indicadores indexados ao Acesso;
- 102,6% dos indicadores de Qualidade;
- 94,4% dos objetivos de Eficiência.

**Quadro 3 – Grau de cumprimento dos objetivos do CP 2022**

Áreas	Indicadores	Peso	Objectivo 2022	Realizado 2022	Índice de Desempenho
<b>A. Acesso</b>					<b>97,6%</b>
A.1	A.1 - Percentagem de utentes em Lista de Espera para a Consulta (LEC) dentro do TMRG *	10%	50,0%	57,0%	11,4%
A.2	A.2 - Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)	10%	73,0%	66,0%	9,0%
A.3	A.3 - Percentagem utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG **	10%	70%	62,0%	8,9%
A.4	A.4 - Percentagem de doentes operados dentro dos TMRG	10%	85,0%	87,0%	10,2%
A.5	A.5 - Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	10%	99,6%	99,7%	10,0%
A.6	A.6 - Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA em tempo adequado (até 2 dias úteis), no total doentes referenciados para a RNCCI	10%	56,0%	50%	9,0%
<b>B. Qualidade</b>					<b>102,6%</b>
B.1	B.1 - Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria Diagnóstico	3%	3,25%	3,3%	3,0%
B.2	B.2 - Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	3%	22,0%	26%	3,5%
B.3	B.3 - Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	3%	53,0%	62%	3,5%
B.4	B.4 - Índice de mortalidade ajustada	4%	0,85	0,9	3,8%
B.5	B.5 - Índice de demora média ajustada	4%	1,0	1,0	3,9%
B.6	B.6 - Demora média antes da cirurgia	3%	0,85	0,9	2,8%
<b>C. Eficiência</b>					<b>94,4%</b>
C.1	C.1 - Gastos operacionais por doente padrão	5%	3 610,00 €	4 327,00 €	4,2%
C.2	C.2 - Doente padrão por médico ETC	5%	75,0	74,8	5,0%
C.3	C.3 - Doente padrão por enfermeiro ETC	5%	60,0	63,8	5,3%
C.4	C.4 - Percentagem de gastos com horas extraordinárias, suplementos e fornecimentos de serviços externos (seleccionados) no total de gastos com pessoal	5%	18,0%	20,4%	4,4%
<b>Índice de Desempenho Global (Ano)</b>					<b>24 346 707,19€</b>
<b>Total Valor de Incentivos Alcançado</b>			<b>97,9%</b>	<b>23 845 397,39€</b>	

Em termos de objetivos de eficiência, o CHULN apresenta uma melhoria generalizada dos indicadores relacionados com a produtividade médica e enfermagem, ponderados por doentes padrão tratados.

Todavia, ainda apresenta um desvio assinalável no cumprimento da meta dos “gastos operacionais por doente padrão” face ao valor de referência do melhor do Grupo E.

Em termos de desempenho económico financeiro, o Resultado Líquido apresentado em 2022, diminuiu relativamente ao período homólogo; negativo em 57.847.019€, bem como o EBITDA -46.599.969€, que compara com um Resultado Líquido negativo de -43.745.649,28€ e um EBITDA de -32.469.941€.

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

O **principal fator crítico de sucesso** é o profissionalismo e resiliência das equipas do CHULN, que imbuídos dum forte sentido de missão, aumentaram significativamente a sua disponibilidade em tempo de trabalho e esforço, que permitiu a recuperação integral da atividade para volumes superiores aos registados antes da pandemia.

A capacidade de adaptação funcional dos profissionais do CHULN, traduzida na cooperação ativa e frequentemente espontânea quando solicitados a colaborar em equipas de outros serviços e especialidades para aumentar o acesso dos doentes aos cuidados 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).*

O CHULN desenvolve a sua atividade em conformidade com as políticas e estratégias definidas pelo Ministério da Saúde, divulgadas no documento denominado Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2022, [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/TR-Contratualizacao\\_2022\\_VF.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/TR-Contratualizacao_2022_VF.pdf) publicado no site da ACSS. Este documento suporta o processo de contratualização e operacionaliza as orientações da Política de Saúde que consideram medidas transversais às várias entidades do Ministério da Saúde.

O SICA - Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento, tem como objetivo suportar o processo de Contratualização entre a Tutela e as entidades prestadoras de cuidados de saúde que integram o



SNS. No essencial, o processo é dividido em três fases: Contratualização/Negociação, Elaboração do Contrato-programa e Acompanhamento dos objetivos estabelecidos.

O CHULN presta contas mensalmente, através da submissão na plataforma SICA, dos dados relativos aos cuidados prestados nas suas diversas linhas de produção e, dos dados financeiros nos Serviços Online da UOGF (SIGEF).

A atividade contratada com o hospital 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 ([www.sns.gov.pt](http://www.sns.gov.pt)).

O Contrato-Programa celebrado entre o CHULN, a ARSLVT e a ACSS, encontra-se publicado, no site da ACSS: [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/CHULN\\_AM\\_2022.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/CHULN_AM_2022.pdf)

### 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).*

O CHULN conforme disposto no art.º 63º do DL nº 52/2022, enquanto entidade pública empresarial, está dotada de capital estatutário no montante de 312.440.000€, detido integralmente pelo Estado, e o respetivo valor é fixado por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, conforme disposto no art.º 3.º, nº1 dos Estatutos Anexos ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de Janeiro, e ainda alterado pelo Decreto-Lei n.º 183/2015, de 31 de agosto.

Apresentamos de seguida a composição do capital estatutário nos últimos cinco anos:

**Quadro 4 – Evolução do capital estatutário do CHULN**

Ano	Capital Estatutário	Aumento	Realização	Descrição
2020	312.440.000,00 €			
2021	312.440.000,00€			
2022	312.440.000,00€			

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

Não aplicável - de acordo com o artigo 63.º, do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, o capital estatutário é detido pelo Estado.

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

Nem o Hospital, 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 entidades de natureza associativa ou fundacional (vide alínea c) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).*

O Hospital não detém participações no capital de outras entidades.

No entanto, o CHULN é membro associado do SUCH- Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, que é uma entidade de natureza associativa, sem fins lucrativos, cujos estatutos foram homologados pelo SES, no dia 5 de janeiro de 2016, e publicados no Portal da Justiça em 25 de fevereiro de 2016.

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

Não aplicável, de acordo com o artigo 63.º, do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, o capital estatutário é detido pelo Estado.

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

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

## 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.

As funções de administração executiva e funções de fiscalização do CHULN estão estruturadas nos termos do art.º 68 dos Estatutos dos Hospitais EPE, aprovados e publicados no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, sendo que o modelo de governo adotado prevê os seguintes órgãos:

- Conselho de Administração;
- Conselho Fiscal, o Revisor Oficial de Contas (ROC) ou uma sociedade de revisores oficiais de contas;
- Conselho Consultivo.

O Conselho de Administração do CHULN foi nomeado em 2019, conforme Resolução do Conselho de Ministros n.º 82/2019, de 24 de maio de 2019, publicada no Diário da República, 1ª série – n.º 100-24 de maio de 2019.

O Conselho Consultivo ainda não foi nomeado.

### B. Assembleia Geral

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

O CHULN sendo uma EPE, não dispõe de Assembleia Geral, pelo que todo este ponto não lhe é aplicável.

*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.*

O Estado é o único detentor do capital estatutário, pelo que esta informação não é aplicável.

## 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.*
- 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.*

As regras aplicáveis à nomeação, composição e mandato, competências, funcionamento, vinculação do Conselho de Administração são as constantes do estatuto dos gestores públicos - conforme artigos 69.º, 71.º, 72.º, 75.º, 77.º, 78.º dos Estatutos, aprovados no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto

O regulamento interno do CHULN, nos artigos 69.º, 72.º, 8.º, 9.º, estabelece os princípios referentes à composição, competência e funcionamento do Conselho de Administração.

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

Conforme disposto no art.69.º dos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, aprovados no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, o Conselho de Administração é composto pelo Presidente e um máximo de quatro Vogais, que exercem funções executivas, em função da dimensão e complexidade do hospital, incluindo um Diretor Clínico, um Enfermeiro-Diretor e um Vogal proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças.

O Conselho de Administração do CHULN, nomeado para o triénio 2019-2021, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 82/2019, de 24 de maio de 2019, publicada no Diário da República, 1.ª série — n.º 100 — 24 de maio de 2019, designa os seguintes membros:

### Quadro 5 – Composição do Conselho de Administração 2019-2021

Mandato (Início-Fim)	Cargo	Nome	Designação		Remuneração	
			Forma <sup>(1)</sup>	Data	[Entidade pagadora]	O/D <sup>2</sup>
2019- 2022	Presidente	Joaquim Daniel Lopes Ferro	R	17 de maio de 2019	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE	D
2019-2021	Vogal Executivo (Diretor Clínico)	Luis Filipe Pereira dos Santos Pinheiro	R	17 de maio de 2019	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE	O
2019-2021	Vogal Executiva (Enfermeira Diretora)	Ana Paula Dias Costa Fernandes	R	17 de maio de 2019	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE	D
2019-2021	Vogal Executiva	Maria de Lourdes Caixaria Bastos	R	17 de maio de 2019	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE	D
2019-2021	Vogal Executivo	Pedro de Andrade Pais Pinto dos Reis	R	17 de maio de 2019	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE	D

No dia 17 de julho 2022 o Vogal Executivo Dr. Pedro Reis cessou as suas funções, tendo os restantes membros continuado em gestão corrente até à nomeação de novo Conselho de Administração em 1 de fevereiro de 2023.

4. *Distinção dos membros executivos e não executivos do Conselho de Administração<sup>1</sup> e, relativamente aos membros não executivos, identificação dos membros que podem ser considerados independentes<sup>2</sup>, ou, se aplicável, identificação dos membros independentes do Conselho Geral e de Supervisão (vide artigo 32.º do RJSPE).*

Todos os membros do Conselho de Administração exercem funções executivas.

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. Deverão especificamente ser indicadas as atividades profissionais exercidas, pelo menos, nos últimos 5 anos (vide alínea j) do n.º1 do artigo 44.º do RJSPE)*

Os elementos curriculares dos membros do Conselho de Administração são apresentados em anexo a este Relatório (Anexo 2).

<sup>1</sup> Conforme decorre da aplicação do n.º 1 do artigo 278.º e n.ºs 1 e 2 do artigo 407.º do CSC.

<sup>2</sup> A independência dos membros do Conselho Geral e de Supervisão e dos membros da Comissão de Auditoria afere-se nos termos da legislação vigente. Quanto aos demais membros do Conselho de Administração, considera-se independente quem não esteja associado a qualquer grupo de interesses específicos na entidade nem se encontre em alguma circunstância suscetível de afetar a sua isenção de análise ou de decisão.

6. *Dar conhecimento de que foi apresentada declaração<sup>3</sup> de cada um dos membros do órgão de administração ao órgão de administração e ao órgão de fiscalização, bem como à Inspeção-Geral de Finanças (IGF), de quaisquer participações patrimoniais que detenham na empresa, assim como quaisquer relações que mantenham com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse (vide artigo 52.º do RJSPE).*

As declarações emitidas por cada um dos membros do CA apresentam-se no Capítulo XI (Anexo 5) deste Relatório.

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

Não são conhecidas relações familiares, profissionais ou comerciais, habituais e significativas, dos membros do Conselho de Administração.

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

De harmonia com o disposto nos artigos 44º a 49º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado pelo Decreto-Lei nº 4/2015, de 7 de janeiro e, nos termos dos artigos 71.º e 72.º dos Estatutos constantes no Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE, reunido a 23/5/2019, delegou, de entre os limites da Lei, nos seus membros, com a faculdade de subdelegar as competências que se encontram no anexo 5.

Distribuição de pelouros pelos membros do Conselho de Administração 2019-2021

No **Presidente do Conselho de Administração**, – Dr. Joaquim Daniel Lopes Ferro:

---

<sup>3</sup> Tem-se por desejável ser adequadamente evidenciada a receção das declarações por parte dos destinatários. Para o efeito considere-se o que refere a Inspeção-Geral de Finanças no sítio na internet desta última, acedível através da hiperligação <http://www.igf.gov.pt/deveres-de-comunicacao/deveres-de-informacao-gestores-publicos1.aspx>. "(...) Para cumprimento desta obrigação legal, a IGF disponibiliza um formulário eletrónico ao qual o gestor público deve solicitar o acesso, através do envio de mensagem de correio eletrónico para o endereço de mail [gestorespublicos@igf.gov.pt](mailto:gestorespublicos@igf.gov.pt), que também está disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas. Após o recebimento da resposta com o respetivo link de acesso, deve preencher integralmente o formulário e submetê-lo no sistema, podendo no final imprimir as suas respostas".

Área de Internacionalização e Cooperação, Conselho Consultivo; Centro Académico de Medicina de Lisboa; Centro de Formação; Comissão mista CHULN/FMUL; Comissão de Catástrofe e Emergência Interna; Serviço de Auditoria Interna; Serviço de Assistência Religiosa e Espiritual; Gabinete de Comunicação e Relações Públicas, Gabinete de Estudos e Planeamento; Gabinete Jurídico; Conselho Coordenador de Avaliação e Parque de Saúde Pulido Valente.

Na **Vogal Executiva** – Dra. Maria de Lourdes Caixaria Bastos:

Área de contratualização Interna/Externa e Controle de Gestão; Serviço de Gestão Financeira; Serviço de Gestão Hospitalar; Serviço de Sistemas de Informação; Gabinete de Planeamento e Informação de Gestão.

No **Vogal Executivo** - Dr. Pedro de Andrade Pais Pinto dos Reis: (até dia 17 de julho 2022)

Área dos Planos de Investimento; Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica; Serviço de Gestão de Compras; Serviço de Instalações e Equipamentos; Serviço de Logística e Stocks (unidade de gestão hoteleira e unidade de logística e stocks); Serviço de Recursos Humanos; Gabinete de Segurança.

No **Vogal Executivo**, Diretor Clínico, Dr. Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro:

Direção Clínica; Departamentos, Serviços e Unidade de Ação Médica, nas áreas de competência própria do Diretor Clínico; Serviço de Dietética e Nutrição; Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica (gestão clínica); Serviço de Saúde Ocupacional; Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica; Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA); Comissão de Coordenação Oncológica; Comissão Departamental; Comissão de Ética; Comissão de Farmácia e Terapêutica; Comissão de Harmonização e Boas Práticas; Comissão de Introdução e Análise de Reagentes Laboratoriais; Comissão Técnica de Certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez; Comissão Transfusional; Comissão da Qualidade e Segurança; Direção do Internato Médico; Gabinete de Apoio à Investigação Clínica; Gabinete de Gestão Clínica; Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica; Gabinete Coordenador de Colheitas e Transplantação; Gabinete de Risco e Centros de Referência.

Na **Vogal Executiva**, a Enfermeira Diretora, Ana Paula Dias Costa Fernandes:

Direção de Enfermagem; Departamentos, Serviços e Unidades de ação médica, nas áreas de competência própria da Enfermeira Diretora; Central de Esterilização e Serviço Social e Gabinete do Cidadão.



9. *Caracterização do funcionamento do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo<sup>4</sup>, indicando designadamente:*

a) *Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas<sup>5</sup>*

No exercício de 2022 o CA realizou 60 reuniões com o seguinte grau de assiduidade dos respetivos membros:

**Quadro 6 – Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas**

Membro do CA - triénio 2019-2021		Grau de assiduidade
Presidente do Conselho de Administração	Joaquim Ferro	95%
Vogal Executivo - Diretor Clínico	Luís Pinheiro	97%
Vogal Executiva - Enfermeira Diretora	Ana Paula Fernandes	92%
Vogal Executiva	Maria de Lourdes Bastos	83%
Vogal Executivo	Pedro Reis	31%

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:*

**Quadro 7 – Acumulação de funções**

Membro do Conselho de Administração	Acumulações de funções		
	Entidade	Função	Regime (público/privado)
Diretor Clínico - Luís Pinheiro	Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa	Assistente Convidado	Público

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;*

Nos termos da legislação em vigor, compete ao Conselho Fiscal a avaliação de desempenho dos administradores executivos, com base no cumprimento das orientações de gestão definidas no Contrato

<sup>4</sup> Deve ser ajustado ao modelo de governo adotado.

<sup>5</sup> A informação poderá ser apresentada sob a forma de quadro.

Programa, celebrado entre a Tutela e o Centro Hospitalar que fixa as orientações específicas e os objetivos quantificados a atingir no exercício económico de 2022.

*d) Comissões<sup>6</sup> 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 existindo as seguintes:

- Comissão de Coordenação Oncológica
- Comissão de Catástrofe e Emergência Interna
- Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa - CAML
- Comissão de Farmácia e Terapêutica
- Comissão Transfusional
- Comissão de Harmonização e Boas Práticas
- Comissão de Humanização e Qualidade de Serviços
- Comissão de Introdução de Análise e Reagentes Laboratoriais
- Comissão Técnica de Certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez
- Comissão Local de Informatização Clínica
- Equipa para a Prevenção da Violência no Adulto
- Grupo de Avaliação de Doações
- Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controle de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos

### Comissão de Coordenação Oncológica

A Comissão de Coordenação Oncológica coadjuva o Diretor Clínico, pronunciando-se sobre as matérias de âmbito oncológico que forem da sua competência.

*Compete à Comissão de Coordenação Oncológica:*

- Organizar as consultas de grupo, multidisciplinares, com o objetivo de analisar e definir a estratégia de diagnóstico e terapêutica relativa a casos clínicos oncológicos;
- Aprovar protocolos de atuação diagnóstica e terapêutica dos diversos tipos de doenças oncológicas;

---

<sup>6</sup> Que incluam ou tenham a participação de elementos do órgão de administração ou supervisão.

- Emitir parecer sobre a estrutura do Centro Hospitalar no âmbito da oncologia sempre que solicitado pelo Conselho de Administração;
- Promover e coordenar o registo hospitalar do cancro;
- Elaborar e apresentar à aprovação do Conselho de Administração as recomendações que considere necessárias.
- Compete ainda à Comissão aprovar as normas de funcionamento da consulta de grupo, em articulação com os Diretores dos serviços respetivos.

*Constituição da Comissão de Coordenação Oncológica:*

- Presidente: Prof. Doutor Luís António Marques Costa (Oncologia Médica)
- Membros:
  - Dr. João Carlos Ramos Raposo (Hematologia)
  - Dr. João José Baeta Leitão (Imagiologia Geral)
  - Dra. Maria Filomena Brazão Carvalho Pina (Radioncologia)
  - Dra. Maria Lurdes Correia da Encarnação (Anatomia Patológica)
  - Dr. Luís Manuel Batista Miranda (Cirurgia)

Principais Atividades da Comissão de Coordenação Oncológica em 2022:

- Reuniões multidisciplinares de Decisão Terapêutica (RMDT): múltiplas
- Reuniões “plenárias” da Comissão:
  - Otimização do funcionamento das RMDT
  - Otimização e apoio ao Registo Oncológico Nacional (RON)
  - Atuação e procedimentos no contexto da pandemia e contingência COVID-19

### Comissão de Ética

A Comissão de Ética funciona no âmbito do Centro Académico de Medicina de Lisboa.

O funcionamento da Comissão de Ética rege-se pela legislação específica, nomeadamente o Decreto-Lei nº80/2018 de 15 de outubro.

A Comissão de Ética é um órgão dotado de independência técnica e científica, de natureza consultiva e tem por missão contribuir para a observância de princípios da ética e da bioética na atividade da instituição, na prestação de cuidados de saúde e na realização de investigação clínica, em especial no exercício das ciências da saúde, à

luz do princípio da dignidade da pessoa humana, como garante do exercício dos seus direitos fundamentais, bem como a integridade, confiança e segurança dos procedimentos em vigor na respetiva instituição.

*São competências gerais da Comissão de Ética:*

- Zelar, no âmbito do funcionamento da respetiva instituição, pela observância de padrões de ética, salvaguardando o princípio da dignidade e integridade da pessoa humana;
- Emitir pareceres, relatórios, recomendações e outros documentos, por sua iniciativa ou por solicitação, sobre questões éticas relacionadas com as atividades da respetiva instituição, e divulgar os que considere particularmente relevantes na área da comissão ética no site da instituição;
- Elaborar documentos de reflexão sobre questões de bioética de âmbito geral, designadamente com interesse direto no âmbito da atividade da instituição, e divulgá-los na área da Comissão de Ética no site da instituição, promovendo uma cultura de formação e de pedagogia na esfera da sua ação, incluindo a divulgação dos princípios gerais da bioética na respetiva instituição;
- Colaborar, a nível regional, nacional e internacional, com outras entidades relevantes no âmbito da ética e bioética, tendo em vista a partilha das melhores práticas;
- Promover ações de formação sobre assuntos relacionados com a ética e bioética na respetiva instituição;
- Pronunciar -se sobre a elaboração de documentos institucionais que tenham implicações no domínio da ética.

*São competências específicas da Comissão de Ética no âmbito da atividade clínica assistencial:*

- Zelar pelo respeito dos princípios éticos da dignidade da pessoa humana, da beneficência, da justiça e da autonomia pessoal na prestação de cuidados de saúde;
- Colaborar com os serviços e profissionais da instituição envolvidos na prestação de cuidados de saúde, no domínio da ética;
- Zelar pela proteção e pelo respeito dos direitos e deveres dos utentes e dos profissionais de saúde da instituição;
- Prestar assistência ética e mediação na tomada de decisões que afetem a prática clínica e assistencial;
- Assessorar, numa perspetiva ética, a tomada de decisões de saúde, organizativas e institucionais;

- Elaborar orientações e recomendações nos casos e nas situações que gerem ou possam gerar conflitos éticos colocados pela prática clínica;
- Verificar o cumprimento dos requisitos éticos legalmente estabelecidos.

*São competências específicas da Comissão de Ética no âmbito da atividade de investigação clínica:*

- Exercer as competências previstas para as comissões de ética para a saúde nos termos da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, na sua redação atual, que aprova a Lei da Investigação Clínica, no que respeita aos estudos clínicos;
- Exercer as competências da Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC) no âmbito dos ensaios clínicos, quando designadas pela CEIC nos termos do Regulamento (UE) n.º 536/2014, do Parlamento e do Conselho, de 16 de abril de 2014, relativo aos ensaios clínicos de medicamentos para uso humano, e da legislação nacional que assegura a sua execução na ordem jurídica interna;
- Emitir parecer sobre a adequação científica e ética dos investigadores para a realização de estudos de investigação clínica;
- Avaliar, de forma independente, os aspetos metodológicos, éticos e legais dos estudos de investigação clínica que lhe são submetidos, ou que nelas são delegadas pela CEIC, bem como emitir parecer sobre a sua realização;
- Assegurar o acompanhamento de todos os estudos de investigação clínica que decorrem na instituição desde o seu início até ao seu termo e a apresentação do relatório final do estudo;
- Monitorizar a realização dos estudos de investigação clínica efetuados na respetiva instituição, em especial no que diz respeito a aspetos éticos e à segurança e integridade dos participantes;
- Assegurar a disponibilização atempada e completa da informação relativa aos estudos de investigação clínica da sua responsabilidade, na plataforma da Rede Nacional das Comissões de Ética para a Saúde (RNCES) e no Registo Nacional de Estudos Clínicos (RNEC), bem como verificar e validar os dados constantes do RNEC relativamente aos estudos que avalia e acompanha.

### *Constituição da Comissão de Ética:*

Presidente:

Prof. Doutor João Forjaz de Lacerda

Vice-Presidente:

Prof<sup>a</sup>. Doutora Ana Isabel Lopes

Membros

Prof<sup>a</sup>. Doutora Cláudia Sofia Oliveira Dias Monge

Prof. Doutor Daniel Caldeira

Mestre Enfermeira Graça Roldão

Prof. Doutor João Lavinha

Prof<sup>a</sup>. Doutora Patrícia Canhão

Doutora Carla Fonseca

Prof<sup>a</sup>. Doutora Maria do Céu Patrão Neves

Dra. Laura Silva Dias

### *Atividade da Comissão de Ética*

Devido à permanência da situação do risco de transmissão da infeção pelo vírus SARS-CoV-2, a Comissão de Ética achou por bem prosseguir com a realização das reuniões por videoconferência.

- . Reuniões da Comissão de Ética: 13
  - . Projetos submetidos: 285
  - . Projetos aprovados: 266 (1 projetos não cumpriam os critérios formais)
  - . Projetos no âmbito da COVID-19: 5
  - . Adendas a estudos aprovados: 25
  - . Pareceres sobre medicamentos em regime de *off-label*: 83
  - . Outros pareceres: 2
- 
- Foi abordado o Regulamento da Comissão de Ética do CAML e acordado conferir maior especificidade em alguns pontos cuja leitura deve ser inequívoca. Concordou-se em aprimorar alguns pontos.
  - Foi aprovado o texto a enviar aos Investigadores Principais com respostas em atraso

- Organização de Eventos / Conceção de Documentos Internos:
- Participação da Prof<sup>a</sup>. Cláudia Monge e do Prof. Forjaz de Lacerda, em representação da Comissão de Ética do CAML na Reunião organizada pela Dra. Luísa Pinto (Diretora do Serviço de Obstetrícia do CHULN por delegação de funções), realizada no Serviço de Obstetrícia, na Sala de Aula do Serviço de Obstetrícia, piso 4, no dia 21 março entre as 13:00 e as 14:00, subordinado ao tema **“Respeito pelas crenças religiosas no que se refere ao uso de sangue. A perspetiva da Comissão de Ligação Hospitalar para Testemunhas de Jeová – Realizado em 21.03.2022**
- Apreciação dos Folhetos Informativos em anexo remetidos pelo Prof. Fausto Pinto, Coordenador do Mestrado em Investigação Clínica, destinados à população em geral (Dispositivos Médicos), à população pediátrica (5-12 anos) e aos Pais, desenvolvidos pelos alunos do Mestrado no ano letivo 2021/22, quer do ponto de vista da adequação da linguagem e da menção dos tópicos essenciais que devem figurar num documento deste género, quer do ponto de vista do cumprimento do legislado e respetivo enquadramento legal – Realizado – Ano Letivo 2021/2022
- Foi discutido o papel da comissão de ética quanto à competência para emitir parecer relativamente à adequação /autorização de dispositivos médicos, tendo em conta a solicitação da empresa MBA sobre renovação do certificado CE dos dispositivos médicos MUTARS/IMPLANTCAST, circunstância até agora inédita na CE mas que se deve à implementação do regulamento (UE) 2017/745 do parlamento europeu e do conselho de 5 de abril de 2017 relativo aos dispositivos médicos, que altera a diretiva 2001/83/CE, o regulamento (CE) n. o 178/2002 e o regulamento (CE) n. o 1223/2009 e que revoga as diretivas 90/385/CEE e 93/42/CEE do Conselho e que comporta novos requisitos regulamentares com aplicabilidade direta no direito nacional – Concluído – 07.10.2022
- Participação do Prof. João Forjaz de Lacerda e da Prof<sup>a</sup>. Cláudia Monge na reunião proposta pela Dra. Luísa Pinto, Diretora do Serviço de Serviço de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, para esclarecer os membros da Comissão de Certificação de Interrupção Médica de Gravidez, sobre alguns aspetos ético-legais relativos à Interrupção Médica da Gravidez – concluído – 02.12.2022

### Comissão de Farmácia e Terapêutica

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) rege-se pelas disposições legais aplicáveis, nomeadamente o “Regulamento das Comissões de Farmácia e Terapêutica das unidades hospitalares”, anexo ao Despacho nº 2325/2017 de 17 de março.

A CFT tem por missão propor as orientações terapêuticas e a utilização mais eficiente dos medicamentos, no âmbito da política do medicamento, apoiadas em bases sólidas de farmacologia clínica e evidência da economia da saúde sobre custo-efetividade, monitorizando a prescrição dos medicamentos, a sua utilização e garantindo a todos os utentes a equidade no acesso à terapêutica.

*Compete à Comissão de Farmácia e Terapêutica, entre outras:*

- Atuar como órgão de ligação entre os serviços de ação médica e os serviços farmacêuticos;
- 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 instituição, e implementar e monitorizar o cumprimento, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos critérios de utilização de medicamentos emitidos pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) e dos protocolos de utilização na entidade, 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 no contexto do SNS, nomeadamente através dos registos que 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;
- Analisar com cada serviço hospitalar os custos da terapêutica que lhe são imputados, auditando periodicamente e identificando desvios na utilização dos medicamentos;
- Diligenciar a promoção de estratégias efetivas na utilização racional do medicamento na instituição;
- Colaborar com o Sistema Nacional de Farmacovigilância;
- Articular com as diferentes Comissões com responsabilidades no âmbito do medicamento, nomeadamente com a GCL-PPCIRA, estabelecendo mecanismos de monitorização e utilização racional de antimicrobianos dentro dos objetivos e competências da mesma;



*Constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica:*

Presidente:

Dra. Patrícia Isabel Howell de Amorim Monteiro (Medicina Interna)

Membros:

Dr. Álvaro Ayres Pereira (Doenças Infeciosas e Coordenador do GCL-PPCIRA)

Dr. Cláudio David (Cardiologia e Farmacologia Clínica)

Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel Fernandes (Oncologia)

Prof. Doutor. Ricardo Fernandes (Pediatria e Farmacologia Clínica)

Prof. Doutor João Paulo G. Lopes da Cruz (Farmacêutico, Diretor do Serviço)

Dra. Ana Paula Carrondo Dias de Matos (Farmacêutico)

Dra. Maria Filomena Marques (Farmacêutica)

Dra. Maria Isabel da Luz Félix (Farmacêutica)

Dra. Maria da Piedade Ferreira (Farmacêutica e Membro do GCL-PPCIRA)

Consultores:

Dr. Carlos Martins (Hematologia)

Dr. Carlos Noronha Ferreira (Gastroenterologia)

Dra. Cláudia Afonso (Doenças Infeciosas)

Prof. Doutor João Carlos Correia Sá (Neurologia) (até novembro/2021)

Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Catarina Gaspar Fonseca (a partir de novembro/2021)

Dr. Nikita Khmelinskii (Reumatologia)

Resumo da atividade da CFT em 2022:

- Foram realizadas um total de 18 reuniões plenárias da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).
- A CFT procedeu ao envio aos Diretores de Serviço dos mapas referentes ao top 10 do consumo de medicamentos por Serviço, referentes aos trimestres do ano. Objetivou-se um crescente pedido de esclarecimentos sobre a informação constante dos mapas, o que denota uma maior adesão à consulta da informação e reflexão sobre a mesma.
- Relatório de Monitorização da Prescrição Médica de Medicamentos e MCDT's para envio à ACSS:

- Foram elaborados os mapas referentes aos 4 trimestres do ano relativos à atividade da CFT, nomeadamente: Justificação Clínica de Medicamentos; Protocolos Terapêuticos; Introdução de novos medicamentos no CHULN
- O Mapa de Justificação Clínica de Medicamentos é simultaneamente enviado a todos os elementos da Comissão de Farmácia e Terapêutica para conhecimento, análise e reflexão em sede de reunião plenária da Comissão.
- Pedido de Introdução de novos medicamentos no CHULN:
- Foram formalizados um total de 43 pedidos de introdução de novos medicamentos no CHULN, dos quais foram autorizados 33, sendo os pedidos provenientes dos vários Serviços Hospitalares.
- Pedido de Autorização Prévia de Medicamentos submetidos na plataforma CFT:
- Foram submetidos para análise e autorização pela Comissão de Farmácia e Terapêutica um total de 7.169 pedidos de medicamentos, todos através da plataforma informática elaborada para o efeito, dos quais foram aprovados 7.034
- Autorização de Utilização Especial (AUE) submetidos ao Infarmed:
- Foram submetidos para avaliação pelo Infarmed 200 pedidos de autorização de utilização especial, dos quais 177 foram autorizados.
- Pedido de medicamentos em regime de off-label:
- Foram autorizados um total de 81 pedidos de medicamentos em regime de off-label

### Comissão Transfusional

#### *Competências da Comissão Transfusional*

- Contribuir para o bem-estar do doente, assegurando que o suporte hemoterapêutico seja lógico, coerente, claramente justificado e seguro.
- Zelar para que seja assegurada ao doente uma terapêutica transfusional compatível, eficaz e endereçada aos padrões máximos de segurança.
- Fomentar e estimular a formação em hemoterapia dos Profissionais do CHULN.
- Assegurar a nível organizacional o processo de melhoria contínua de qualidade na área transfusional.
- Propor políticas gerais de âmbito institucional.
- Atuar como órgão consultivo do Conselho de Administração.
- Conduzir auditorias à prática transfusional no CHULN.

- Analisar os dados de atividade do Serviço de Imunohemoterapia.
- Promover reuniões de consenso.
- Elaborar recomendações.

#### *Constituição da Comissão Transfusional*

Presidente:

Prof. Dr. Álvaro Beleza de Vasconcelos (Diretor do Serviço Imunohemoterapia)

Membros:

Dra. Ana Vidigal (Administradora Hospitalar)

Prof. Doutor Carlos dos Santos Moreira (Médico Medicina Interna)

Prof. Dr. Miguel Galvão (Médico Imunohemoterapia)

Dr.<sup>a</sup> Ana Freixo (Médica Imunohemoterapia)

Enf. Fernando Sá de Jesus (Enfermeiro Adjunto da Enfermeira Diretora)

Enf.<sup>a</sup> Ana Paula Sebastião (Enfermeira Gestora Imunohemoterapia)

Enf.<sup>a</sup> Isabel Corte-Real (Enfermeira Gestora Hospital de Dia de Imunohemoterapia)

Enf.<sup>a</sup> Filipa Aguiar (Enfermeira)

Enf. Ruben Cardoso (Enfermeiro)

Técnica Laura Mendes (TSDT Imunohemoterapia)

Técnico Nuno Fernandes (TSDT Imunohemoterapia)

Técnica Ana Isabel Esteves (TSDT Imunohemoterapia)

Dr. Pedro Valente Santos (Serviço de Sistemas de Informação)

#### Principais Atividades da Comissão Transfusional em 2022

- Reuniões com periodicidade mensal
- Principais matérias abordadas:
  - Segurança Transfusional.
  - Ponto de situação na implementação do sistema Btrac e análise de dados recolhidos.
  - Delineamento de datas de expansão a outros serviços do CHULN.
  - Implementação do código ISBT128.

- Acompanhamento da implementação do sistema de Segurança Transfusional no Hospital Dia de Imunohemoterapia - polo HSM.
- Arranque do programa de Implementação do sistema de Segurança Transfusional no Hospital Dia de Imunohemoterapia - polo HPV.
- Agendamento de implementação do Sistema de Segurança Transfusional no Hospital Dia de Oncologia – polo HPV

### Comissão de Harmonização e Boas Práticas (CHBP)

A Comissão de Harmonização e Boas Práticas (CHBP) tem por objetivo definir de modo uniforme as especificações técnicas e a nomenclatura para as diferentes categorias de bens e serviços a adquirir pelo CHULN no que respeita a material de consumo clínico, material de consumo corrente e obras.

Apesar de todos os constrangimentos relacionados com a pandemia e contingência COVID-19, a CHBP tentou que o ano decorresse da forma mais tranquila e serena possível, bem como, colocasse em prática o seu desígnio e nomeação: analisar e prever sobre a introdução de novos dispositivos médicos no CHULN.

*Constituição da Comissão de Harmonização e Boas Práticas (CHBP):*

Presidente

Dr. João Manuel Rodrigues Coutinho (Médico – Cirurgia Geral)

Membros

Enf.<sup>a</sup> Ana Paula Gama Gomes Prata (Enfermeira)

Enf.<sup>a</sup> Carla Cristina M. Apolinário Martins Ribeiro (Enfermeira Adjunta da Enfermeira Diretora)

Técnico Fernando Miguel Reis Ribeiro (TSDT – Cardiopneumologia)

Enf.<sup>a</sup> Graça Maria Pereira Rebelo Martinho (Enfermeira)

Dr. João Manuel Frazão Rodrigues de Sousa (Médico – Cardiologia)

Dr. Nuno Manuel Marques Loureiro (Diretor do Serviço de Logística e Stocks)

Não existe nada a relevar em 2022.

### Comissão Técnica de Certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez

Compete à Comissão Técnica, a certificação da conformidade da interrupção voluntária da gravidez com as circunstâncias previstas no art.º 142 do Código Penal, com vista à interrupção da gravidez.

#### *Constituição da Comissão Técnica de Certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez*

##### Presidente

Dra. Maria Luísa Pinto

##### Membros

Prof. Doutor André Graça

Dr. Rui Carvalho

Dra. Ana Berta Almeida

Dra. Teresa Loureiro

##### Membros Suplentes

Dra. Mónica Centeno

Dr. Alberto Berenguer

#### *Principais Atividades da Comissão Técnica de Certificação de Interrupção Médica de Gravidez (CTCIMG)*

No ano de 2022, a CTCIMG do CHULN/HSM recebeu 72 pedidos de interrupção de gravidez, motivados por:

- Causa materna - 2 casos (miocardiopatia descompensada, leucemia mieloide aguda)

- Causa fetal - 66 casos

- Alterações cromossómicas / genéticas - 24 casos
- Malformações - 26 casos (cardíacas - 10, s. nervoso central - 8, sínd polimalformativos – 4, outras – 4 casos)
- Restrição de crescimento fetal grave e precoce - 3 casos
- Rotura prematura de membranas no 2º trimestre/anidrâmnios - 6 casos
- Restrição de crescimento fetal grave e precoce - 3
- Fármacos comprovadamente teratogénico - 3 casos
- Reduções embrionárias – 1 (de 4 para 2 fetos)

- Pedidos recusados: 3 (por não preencherem os requisitos previstos no enquadramento legal).

- Não houve pedidos de interrupção de gravidez com base na alínea c) do art. 142º do Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15 (“A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas”).

- Uma grávida após pedido de IMG, alterou a sua decisão e prosseguiu com a gestação

A Comissão tem reunido com uma periodicidade mensal, tendo tido como principais atividades

- 1 – Discussão de casos clínicos em que é solicitada IMG
- 2 – Trabalho (ainda em curso) para informatizar as Atas da CCIMG, no sentido de cada membro ter mais tempo para refletir sobre os casos, não sendo interrompido na sua atividade diária.
- 3 – Reunião com a Comissão de Ética do CHULN (presidente e jurista da mesma), no sentido de clarificar alguns aspetos da lei que rege os critérios para aceitação legal de IMG.
- 4 – Exposição ao Diretor Clínico dúvidas, tendo sido efetuado pelo mesmo um pedido de reunião à Comissão de Ética para as Ciências da Vida.

### **Comissão Local de Informatização Clínica (CLIC)**

A CLIC é um órgão consultivo do Conselho de Administração, funcionando na sua dependência direta.

A CLIC é interlocutor direto do Serviço de Sistemas de Informação do CHULN em matérias relacionadas com os processos de informatização clínica.

*Competências da Comissão Local de Informatização Clínica (CLIC):*

A CLIC tem por missão primordial promover a implementação e acompanhar a utilização dos Sistemas de Informação em Saúde do CHULN, nomeadamente através de:

- Definição de estratégias de implementação de Sistemas Clínicos de Informação;
- Promoção das boas práticas de registo clínico;
- Articulação com as iniciativas de promoção da telemedicina.

*Constituição da Comissão Local de Informatização Clínica:*

Coordenador:

Prof. Doutor José Antonio Lopes (Médico)

Membros:

Dra. Ana Barardo (Administradora Hospitalar)

Técnico Fernando Ribeiro (Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica).

Enf.<sup>a</sup> Filipa Gramacho (Enfermeira Especialista, em funções de Chefia)

Dr. Hélder Matos (Médico)

Enf.<sup>a</sup> Madalena Abranches (Enfermeira Adjunta da Enfermeira Diretora)

Dra. Maja Borisoglebski (Farmacêutica)

Dr. Pedro Valente (Serviço de Sistemas de Informação)

*Principais Atividades da CLIC em 2022:*

- Reuniões onde foram identificadas e discutidas questões relacionadas com a informatização clínica do CHULN;
- Interação com serviços do CHULN, através dos seus interlocutores (*key-users*) com a CLIC, com o reporte das principais questões informáticas identificadas com necessidade de resolução;
- Identificação e resolução de problemas de rede;
- Identificação das aplicações informáticas gerais e específicas existentes nos diversos serviços do CHULN;
- Identificação, pelos *key-users* dos diferentes serviços, das principais diferenças funcionais das aplicações existentes para avaliar a exequibilidade da utilização única de plataforma única.

**Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controle de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA)**

*Competências do GCL-PPCIRA*

- Supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos;
- Garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde e de resistências aos antimicrobianos, nomeadamente a vigilância e notificação de

microrganismos-problema e de microrganismos alerta e a implementação de auditorias clínicas internas;

- Garantir práticas locais de isolamentos para contenção de agentes multirresistentes, assegurando a gestão racional dos recursos físicos existentes de acordo com a gestão de prioridades de risco e garantindo o fluxo de informação entre serviços e instituições;
- Garantir o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica de infeção e de resistências aos antimicrobianos às unidades clínicas;
- Colaborar no processo de notificação das doenças de declaração obrigatória;
- Promover e corrigir práticas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente no que se refere à higiene das mãos, ao uso de equipamento de proteção individual e de controlo ambiental, sobretudo a higienização de superfícies frequentemente manuseadas;
- Promover e corrigir as práticas de uso de AB, nomeadamente através da implementação de programa de assistência à prescrição antibiótica, tanto em profilaxia como em terapêutica;
- Rever e validar as prescrições de pelo menos, carbapenemes e fluoroquinolonas, nas primeiras 96 horas de terapêutica. Anulação do uso de antibióticos em situações em que não estão indicados ou utilizados por tempo superior ao necessário;
- Ter como interlocutores privilegiados o diretor de serviço e o enfermeiro chefe de cada serviço clínico, podendo as ações de ordem prática ser dinamizadas por um médico e um Enfermeiro de cada serviço, como elos do processo;
- Fazer integrar as suas atividades no plano e relatório anual de atividades da comissão de qualidade e segurança, de acordo com o determinado no despacho número 3635/2013 e no plano de atividades do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.

#### *Constituição do GCL-PPCIRA*

Coordenador

Dr. Álvaro Sendim Aires Pereira

Membros

Dra. Alda Maria Borges Jordão



Dra. Ana de Jesus Silva Bruschy da Fonseca  
Enf.<sup>a</sup> Carla Cristina Matos Apolinário Martins Ribeiro  
Dra. Carla Isabel Mimoso Santos  
Enf.<sup>a</sup> Guiomar Maria Correia Ribeiro Prado  
Dra. Isabel Cristina e Castro de Menezes Esteves  
Dr. José Gonçalo Duque Pereira Monteiro Marques  
Dr. Luís Eugénio Franco Marques Lito  
Dra. Maria Isabel da Luz Félix  
Enf.<sup>a</sup> Maria Teresa Nunes Lourenço Amores de Sousa  
Dr. Nuno Miguel Lameirão Serrano Marçal  
Dr. Sérgio Eduardo Rodrigues Carvalho Paulo  
Enf.<sup>a</sup> Sónia Maria Albano Lopes  
Dr. Tiago Miguel Pinheiro Gonçalves Marques  
Enf.<sup>a</sup> Sónia Margarida Meireles Dinis  
Enf.<sup>a</sup> Susana Isabel Evangelista Marreiros

- Vigilância dos Microorganismos Epidemiologicamente Importantes
  - Vigilância Epidemiológica
  - Visita aos Serviços
  - Implementação de medidas de isolamento ou corretivas
  - COVID-19
    - Elaboração e atualização de planos de contingência
    - Monitorização ativa
    - Implementação de medidas corretivas e elaboração de orientações
    - Serviços de Urgência: separação dos doentes com suspeita de infeção respiratória aguda
    - Internamento hospitalar: separação dos doentes com COVID-19, formação de coortes
    - Monitorização de surtos nosocomiais
- Estudos de Colonização
  - Serviço de Nefrologia
  - Serviço de Hematologia
- Programas de Vigilância da D.G.S.

- HAI-NET SSI
  - Cirurgia colo-Retal
- HAI-NET UCI: 3 Unidades
- HAI-NET UCIN
- INCS (Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea):
  - Abrangeu mais de 90% dos serviços de internamento
- Campanha Nacional de Higiene das Mãos
- Comemoração do Dia Mundial da Higiene das Mãos – 5/maio
- Programa de Apoio à Prescrição Antimicrobiana (PAPA)
- Pareceres:
  - planos de obras e remodelações, aquisição de bens e serviços, incluindo a participação em comissões técnicas de escolha, uso de desinfetantes, antissépticos e antimicrobianos.
- Formação
  - Ações de Formação que abrangem todos os grupos profissionais;
  - Orientação de enfermeiros e médicos em estágios de controlo de infeção
- Participação ativa em congressos nacionais e internacionais

### Direção do Internato Médico

*Estatuto Legal (de acordo com a Portaria n. °224-B/2015)*

A Direção do Internato Médico assume funções de natureza eminentemente operacional, competindo-lhe:

- Garantir a aplicação dos programas de formação do internato médico;
- Promover e zelar pela sequência e correta articulação entre os vários estágios do internato médico;
- Aprovar, no início da formação, o cronograma do internato médico, assim como as alterações que venham a ser sugeridas sobre o mesmo;
- Orientar e acompanhar o desenvolvimento geral do internato médico e a avaliação dos médicos internos;
- Verificar a adequação das condições de formação;

- Organizar, os elementos do processo individual dos médicos internos relevantes para o internato;
- Assegurar o preenchimento dos questionários e outros suportes online, com a informação relativa à idoneidade e capacidade formativa das instituições, serviços ou unidades de saúde;
- Assegurar os processos de avaliação contínua e garantir a permanente atualização do registo da avaliação no processo individual dos médicos internos;
- Designar os orientadores de formação;
- Designar os responsáveis de estágio;
- Substituir os orientadores de formação ou responsáveis de estágio, sempre que tal substituição contribua, de forma objetiva, para um melhor cumprimento dos objetivos do programa de formação;
- Pronunciar-se sobre os assuntos relativos à formação sempre que solicitados pela CRIM, pelo CNIM, pelos órgãos de gestão dos respetivos serviços, instituições e unidades de saúde ou pela ACSS, I. P.;
- Colaborar no processo de avaliação final de internato quando realizado na sua instituição;
- Garantir a inscrição dos candidatos à avaliação dentro dos prazos previstos para o efeito;
- Garantir a aplicação das orientações emanadas pela CRIM e CNIM;
- Contribuir para a manutenção do sistema de gestão do percurso do médico interno.

#### *Constituição da Direção do Internato Médico*

Diretor do Internato Médico (Adjunto do Diretor Clínico)

Prof. Doutor José António Machado Lopes (Médico - Nefrologia)

Assessores da Direção do Internato Médico:

Prof. Doutor André Laboreiro Ferreira Mendes da Graça (Médico - Neonatologia)

Dr. Augusto Manuel Almeida Ministro (Médico - Cirurgia Vascular)

Dr. Carlos José Cordeiro Lopes (Médico - Pneumologia)

#### *Resumo da Atividade da Direção do Internato Médico em 2022*

Em 2022, encontraram-se em atividade no CHULN 593 internos da formação especializada e 112 internos da formação geral.

A atividade da DIM, do ponto de vista geral, em 2022, centrou-se em:

- Promoção da aplicação dos programas de formação do internato médico, garantindo o cumprimento da sequência e da correta articulação entre os vários estágios do internato médico;
- Verificação de todos os estágios intra-Serviços do CHULN e inter-Instituições, solicitados pelos internos, com fundamentação pelos Orientadores de Formação e Diretores de Serviço, com garantia de enquadramento no plano formativo legislado;
- No primeiro trimestre da formação, solicitação aos Diretores de Serviço do plano de formação individualizado de cada interno de formação específica, para aprovação;
- Promoção da orientação e acompanhamento do internato médico e a avaliação dos médicos internos, em estreita colaboração com os diretores dos serviços, nomeadamente com solicitação aos Diretores de Serviço das Avaliações em atraso, afim de serem introduzidas na Aplicação existente na DIM;
- Organização e atualização do processo individual informatizado dos médicos internos, com digitalização de todos os documentos dos Internos, submetendo-os posteriormente a gravação na Gestão Documental e associação à nossa Base de Dados no respetivo processo individual de cada Interno (em [Acess](#));
- Assegurar o preenchimento dos questionários e outros suportes *online*, com a informação relativa à idoneidade e capacidades formativas, enviando todos os anos, durante o mês de janeiro, os inquéritos para os Diretores de Serviço, que posteriormente são validados um a um pela Direção do Internato Médico. Do resultado desses inquéritos é elaborado um mapa com as vagas solicitadas pelos respetivos Serviços, para ser validado pelo Conselho de Administração do CHULN;
- Orientação da distribuição dos médicos internos, em parceria com a Comissão de Internos. As vagas por Serviço são atribuídas pela Direção do Internato, de acordo com a Direção Clínica;
- Assegurar os processos de avaliação contínua dos médicos internos;
- Designação dos orientadores de formação e os responsáveis de estágios, sob proposta dos Diretores de Serviço, e substituí-los sempre que houve justificação formal;

- Garantir a realização dos cursos obrigatórios, pela Regulamento da Formação Geral, aos internos de formação geral. Cinco destes cursos são assegurados pelo nosso Centro de Formação e dois pela CRIMLvt;
- Informar e garantir a realização das visitas de idoneidade formativa solicitadas pelos vários colégios da especialidade da Ordem dos Médicos, recebendo institucionalmente, em representação da Direção Clínica, o grupo de verificação designado;
- Pronúncia sobre os assuntos relativos à formação sempre que solicitados pela CRIM-LVT, pelo CNIM, ou pela ACSS, I. P.;
- Colaboração no processo de avaliação final de internato quando realizado no CHULN, sempre em estreita colaboração com os Serviços Clínicos;
- Garantia da inscrição dos candidatos à avaliação final, dentro dos prazos previstos para o efeito;
- Informar a ACSS, I. P., sobre a não comparência dos médicos na sequência da publicação da lista final de médicos colocados no internato médico, através de e-mail criado para este efeito ([avalfinal-im.drh@acss.min-saude.pt](mailto:avalfinal-im.drh@acss.min-saude.pt));
- Informar os pedidos de suspensão de internato, remetendo-os à CRIM-LVT para parecer;
- Informar os pedidos de reafectação que ocorreram entre instituições, serviços ou unidades de saúde, com posterior envio à CRIM-LVT para parecer;
- Informar os pedidos de realização de formação externa, remetendo-os ao Conselho de Administração com posterior parecer da CRIM-LVT;
- Participação, em representação do CHULN, nas reuniões quinzenais da CRIM-LVT e mensais do CNIM.

### Equipa para a Prevenção da Violência no Adulto

A Equipa para a Prevenção da Violência no Adulto tem como missão, reconhecer a violência, em todas as suas dimensões, como um preocupante problema de saúde pública, cujo impacto negativo na vida dos cidadãos pode acontecer em qualquer fase do ciclo de vida.

Constituída no CHULN em 2016, a Equipa de Prevenção da Violência nos Adultos (EPVA), de acordo com o Despacho n.º 6378/2013, enquadra-se na Ação para a Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida. O seu âmbito de atuação visa, sobretudo, a promoção da igualdade e, em particular, a equidade na saúde; a prevenção das diversas formas

de violência interpessoal e a articulação funcional com os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, promovendo uma intervenção integrada no domínio da violência em adultos.

Esta equipa desenvolve a sua atividade em autonomia técnica e funcional, em intercooperação com as Unidades Funcionais do CHULN. Tem na sua constituição, preferencialmente, profissionais mais vocacionados e/ou experientes em matéria de prevenção da violência em adulto, em particular no domínio da violência doméstica.

A equipa reúne-se quinzenalmente e é constituída por 4 elementos, das diferentes áreas da saúde:

Dra. Célia Pereira - Assistente Social e coordenadora da EPVA

Enf.ª Ana Mirco - Enfermeira Especialista no SUC

Dr. Jaques Santos - Médico internista no SUC

Dra. Sofia Pereira - Assistente Social

A esta Equipa compete:

- Difundir informação e incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria;
- Coletar e organizar a informação casuística sobre as situações de violência atendidas no Hospital;
- Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos;
- Estabelecer a colaboração com outros projetos e recursos comunitários. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E. P. E.

Verificamos igualmente que muitas das situações que chegaram ao serviço de urgência já vinham referenciadas às autoridades policiais. Estamos em crer, que a pandemia alertou para as situações de violência doméstica ao longo do ciclo da vida (isolamento/ confinamento), podendo serem vistos os recursos da comunidade como agentes de primeira linha. Consideramos ainda que a diminuição das referências poderá também ser explicada pelo facto de ter havido uma renovação dentro das equipas do Serviço de Urgência Central (corpo clínico, equipa de enfermagem e equipa de serviço social) havendo uma necessidade de formação dentro desta área.

## D. Fiscalização<sup>7</sup>

### *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*

Segundo o disposto no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 agosto, a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial do CHULN é exercida por um Conselho Fiscal e por um Revisor Oficial de Contas, de acordo com a Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro que aprova o Regime Jurídico da Supervisão de Auditoria.

Este órgão de fiscalização é constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o Presidente do órgão e por um Revisor Oficial de Contas ou por uma Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, que não seja membro daquele órgão, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

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

O Conselho Fiscal do CHULN foi nomeado em 29 de novembro de 2017 por Despacho Conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e da Secretária de Estado da Saúde, para o mandato 2017-2019, sendo composto pelos seguintes membros:

Presidente: Dr. José Maria Monteiro de Azevedo Rodrigues

Vogal: Dr. Paulo Guilherme Fernandes Lajoso

Vogal: Dr.<sup>a</sup> Carla Sofia Reis Santos

---

<sup>7</sup> Relativamente ao Fiscal Único deverá ser prestada a informação a que se referem os pontos 1, 3, 4 e 5 deste tópico D. Fiscalização e bem assim a informação a que se refere o tópico E. Revisor Oficial de Contas (ROC).

Vogal Suplente: Dr.<sup>a</sup> Maria Teresa Vasconcelos Abreu Flôr Morais

A remuneração do Conselho Fiscal é fixada no despacho de nomeação, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação do Hospital EPE, estabelecidos na resolução do Conselho de Ministros, a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público. Cessando o mandato do Conselho Fiscal e do Revisor Oficial de Contas, os titulares mantêm-se em exercício de funções até à designação de novos ou à declaração ministerial de cessação de funções.

*2. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do órgão de fiscalização. Deverão especificamente ser indicadas as atividades profissionais exercidas, pelo menos, nos últimos 5 anos.*

Os elementos curriculares dos membros do Conselho Fiscal são apresentados em anexo a este Relatório (Anexo 3).

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

Em 2022 não foram contratados quaisquer serviços adicionais a serviços de auditoria ao auditor externo, cujos procedimentos e critérios aplicáveis à intervenção do órgão de fiscalização se encontram definidos nos estatutos da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas e no Regime jurídico da Supervisão e Auditoria.

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

O órgão de fiscalização não desempenhou quaisquer outras funções no CHULN.

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

*6. Composição, consoante aplicável, do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras, indicando 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 entidade deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou). Informação a apresentar segundo o formato seguinte:*



### Quadro 8 – Composição do Conselho Fiscal

Mandato (Início-fim)	Cargo	Nome	Designação		Estatuto remuneratório (mensal)
			Forma	Data	
2017-2019	Presidente	José Maria Monteiro de Azevedo Rodrigues	Despacho SET/SES	29/11/2017	Não remunerado
2017-2019	Vogal Efetivo	Paulo Guilherme Fernandes Lajoso	Despacho SET/SES	29/11/2017	-
2017-2019	Vogal Efetivo	Carla Sofia Reis Santos	Despacho SET/SES	29/11/2017	1.033,79€
2017-2019	Vogal Suplente	Maria Teresa Vasconcelos Abreu Flôr Morais	Despacho SET/SES	29/11/2017	Não remunerado

O Vogal Efetivo Dr. Paulo Lajoso exerceu funções até 1 de agosto de 2021 tendo nessa data sido publicada a sua aposentação/reforma através do aviso nº 12682/2021 de 1 de agosto de 2021, emitido pela Caixa Geral de Aposentações, I.P.

No final do primeiro trimestre de 2022, o Sr. Presidente Dr. Azevedo Rodrigues reformou-se por limite de idade, tendo dado conhecimento deste fato à respetiva Tutela.

*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.*

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

*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:*

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

**Quadro 9 – Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro**

Número de reuniões	Local de Realização	Intervenientes nas reuniões	Ausências dos membros do Conselho Fiscal
3	Plataforma eletrónica	Membros do Conselho Fiscal	Vogal Paulo Lajoso reformado desde julho 2021; Presidente Azevedo Rodrigues reformado em 31 março 2022

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

Esta Informação encontra-se disponível no Anexo 3.

## E. Revisor Oficial de Contas

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

Nos termos do Despacho Conjunto do SET e SES, de 6 de novembro de 2018, foi nomeada como ROC do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE, para o triénio 2017-2019, incluindo ainda o ano de 2016, a sociedade João Cipriano & Associados, SROC, Lda., inscrita na Ordem dos ROC sob o número 119, registada na CMVM com o número 20161438, com o NIPC 503342742, representada pelo ROC nº 631, João Amaro Santos Cipriano.

De acordo com o nº 6 do artº15º dos Estatutos do CHULN cessando o mandato do ROC, mantém-se o titular em exercício de funções até à designação de novo revisor ou à declaração ministerial de cessação de funções. Dado que não se encontra excedido o número máximo de mandatos legalmente previsto para o exercício de funções de revisão legal de contas pelo mesmo ROC, tal como estabelecido no n.º4 do art.º15º dos Estatutos, bem como no art.º 54º da Lei nº140/2015 de 7 de setembro de 2015 que aprovou o novo estatuto da ordem dos revisores oficiais de contas, foi elaborada uma proposta aprovada pelo Conselho Fiscal no sentido de aprovar a renovação para o triénio 2020-2022 do exercício das funções do Revisor Oficial de Contas do CHULN, pela Sociedade de Revisores Oficiais de Contas João Cipriano & Associados SROC Lda.

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

O CHULN é qualificado como uma entidade de interesse público, nos termos do Regime Jurídico da Supervisão da Auditoria, aprovado pela Lei n.º 148/ 2015, de 9 de setembro, dispondo o n.º 1, do artigo 15.º, dos seus Estatutos que nas entidades públicas empresariais, abrangidas pelo regime constante dessa mesma Lei, determina que a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial seja 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 (ROC), obrigatoriamente, de entre os auditores registados na Comissão do Mercado dos Valores Mobiliários. Este ROC, ao abrigo do n.º 4 do artigo 15.º dos Estatutos do Hospital 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 apenas uma vez.

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

**Quadro 10 – Número de anos em que o ROC exerce funções na entidade/grupo**

Mandato (início- fim)	Cargo	Identificação SROC/ROC						N.º de anos de funções exercidas no grupo	N.º de anos de funções exercidas na entidade
		Nome	N.º inscrição na OROC	N.º. Registo na CMVM	Forma (1)	Data	Contratada		
2016 - 2019 (realizado em 2018)	ROC	João Cipriano & Associados SROC, Lda., representada por João Amaro Santos Cipriano	119  631	20161438	Despacho Conjunto do SET e SES	06/11/2018		3	3
2020- 2022	ROC	João Cipriano & Associados SROC, Lda., representada por João Amaro Santos Cipriano	119  631	20161438	Proposta Conselho Fiscal	outubro/2020		3	3

**Quadro 11 – Remuneração do ROC relativa ao ano de 2022**

Nome	Remuneração Anual Bruta
João Cipriano & Associado SROC, Lda. - CLC 21	24.304,72 €

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

Não foram prestados outros serviços pela SROC nem pelo ROC que a representa ao CHULN.

## F. Conselho Consultivo (caso aplicável)

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).*

O Conselho Consultivo do CHULN não foi nomeado para o triénio 2019-2021. Aguardamos nomeação.

## G. Auditor Externo (caso aplicável)

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 Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte EPE, não contratou nenhum serviço de auditoria externa.

2. *Explicitação<sup>8</sup> da política e periodicidade da rotação do auditor externo e do respetivo sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções, bem como indicação do órgão responsável pela avaliação do auditor externo e periodicidade com que essa avaliação é feita.*

Não se aplica por não existir auditor externo, conforme referido no ponto 1.

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

Não se aplica por não existir auditor externo, conforme referido no ponto 1.

---

<sup>8</sup> Acompanhada de menção à legislação aplicável.

4. *Indicação do montante da remuneração anual paga pela empresa e/ou por pessoas coletivas em relação de domínio ou de grupo ao auditor e a outras pessoas singulares ou coletivas pertencentes à mesma rede<sup>9</sup> e discriminação da percentagem respeitante aos seguintes serviços, apresentado segundo o formato seguinte:*

Não se aplica por não existir auditor externo, conforme referido no ponto 1.

## VI. Organização Interna

### A. Estatutos e Comunicações

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

Os Estatutos do CHULN, EPE encontram-se nos Capitulo IV do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, conforme estipulado pelo artigo 15º, nº 2 do referido diploma.

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

Conforme previsto no artigo 87º dos Estatutos dos Hospitais E.P.E., os Hospitais E.P.E. dispõem 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. Neste âmbito, foi aprovada pelo Conselho de Administração o Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades em 26 janeiro de 2015, que estabeleceu os princípios, deveres e responsabilidades de todos os colaboradores da entidade, no sentido de prevenir e promover a comunicação de irregularidades em todos os níveis da organização e prestadores externos, encontrando-se em vigor e disponível na intranet do hospital, existindo nomeadamente um email específico para esta comunicação - [irregularidades.sai@chln.min-saude.pt](mailto:irregularidades.sai@chln.min-saude.pt).

---

<sup>9</sup> Para efeitos desta informação, o conceito de rede é o decorrente da alínea p) do artigo 2.º do Regime Jurídico da Supervisão de Auditoria, aprovado pelo artigo 2.º da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro, alterada pela Lei n.º 35/2018, de 20 de julho.

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

No âmbito das políticas antifraude adotadas e identificação de ferramentas existentes com vista à mitigação e prevenção da fraude organizacional, o CHULN no seu Plano de Prevenção de Riscos de Gestão e de Corrupção e Infrações Conexas, pretendeu sistematizar o sistema de gestão de riscos do Hospital, identificando os riscos relevantes, sendo, paralelamente, efetuada a respetiva avaliação, assim como as medidas preventivas adotadas como resposta aos riscos estabelecidos, numa serie de áreas abrangentes desde Gestão de Compras, Recursos Humanos, Financeira e Logística e Hoteleiros.

## **B. Controlo interno e gestão de riscos<sup>10</sup>**

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

O Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte EPE dispõe de vários mecanismos que contribuem para a redução dos riscos relevantes entre os quais destacamos:

- Existência de um Serviço de Auditoria Interna;
- Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas e respetivo Relatório Anual;
- Regulamento Interno;
- Regulamento de Comunicação de Irregularidades;
- Segregação de Funções;
- Formação Contínua;
- Serviço de Certificação;
- Comissão de Catástrofe e Emergência Interna;
- Regulamento da Comissão de Ética.

---

<sup>10</sup> Querendo, a entidade poderá incluir síntese ou extrato (s) de Manual ou Código que satisfaça (m) o requerido. Tal formato de prestação da informação implica que o texto seja acompanhado das adequadas referências que permitam identificar as partes da síntese ou extrato (s) que satisfazem cada uma das alíneas.

Dada a relevância de um Sistema de Controlo Interno eficaz e eficiente, e, no sentido de reforçar o sistema de controlo interno já existente, o Conselho de Administração procedeu, em 2013, ao reforço da função Auditoria Interna, com a criação do Serviço de Auditoria Interna.

Adicionalmente, e de forma a dar cumprimento ao disposto no n.º 4 do artigo 17.º-A do Decreto-Lei n.º 244/2012, foi aprovado em 2015 o Regulamento de Comunicação de Irregularidades, através do qual são definidas as regras e procedimentos de comunicação de irregularidades. Paralelamente, foi iniciada em 2019 a revisão do Plano de Prevenção de Risco de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas.

Este Serviço está previsto nos Estatutos do CHULN e 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. Na sua atividade, deve fornecer, ao Conselho de Administração, análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços, receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital, apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral, elaborar o plano de auditoria interna e um relatório anual sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar e ainda elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução.

De igual modo, o CHULN dispõe de vários mecanismos que, no seu conjunto, procuram assegurar um robusto sistema de controlo interno e de gestão de riscos.

O Plano de Emergência interno foi objeto de revisão e melhoria, com ampla mobilização em particular dos serviços clínicos, tendo-se introduzido um conjunto de melhorias, de que se destaca:

- Levantamento das necessidades de melhoria da rede de deteção de incêndios e planificação da intervenção;
- Levantamento das necessidades de melhoria da rede de extinção de incêndios e planificação da intervenção;
- Atualização das plantas de emergência e instruções particulares de segurança;
- Elaboração dos planos setoriais de emergência e formação das equipas/elos dos serviços;
- Reforço da formação e treino em medidas de prevenção do risco de incêndio, autoproteção, situações de emergência interna e planos de evacuação internos.

No que respeita à organização do CHULN, enquanto hospital EPE, o Conselho Fiscal é o órgão responsável pela fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial, competindo-lhe verificar a 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.

No que respeita à organização do CHULN, enquanto hospital EPE, o Conselho Fiscal é o órgão responsável pela fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial, competindo-lhe verificar a 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.

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

Dando cumprimento ao estabelecido no Regulamento Interno do CHULN, foram criados o Serviço de Auditoria Interna, a quem compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios operacional, financeiro, entre outros, contribuindo para o aperfeiçoamento do modelo de gestão e o Serviço de Gestão da Qualidade, a implementação dos Sistemas de Acreditação e Certificação, a realização de Auditorias Internas da Qualidade.

Em 2022, além dos membros do Conselho de Administração, foram responsáveis pela minimização dos riscos inerentes à atividade desenvolvida:

- Responsável pelo Serviço de Auditoria Interna: Dr. Rafael Dolores
- Responsável pelo Gabinete de Risco Clínico: Dra. Celeste Barreto

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

O pensamento baseado em risco permite ao CHULN determinar os fatores geradores de eventuais desvios nos processos e sistemas implementados, relativamente ao planeamento dos seus resultados e implementar controlos preventivos para minimizar efeitos negativos e potenciar oportunidades que possam surgir.

O Conselho de Administração é o primeiro e máximo responsável pela manutenção de um ambiente seguro e saudável para os doentes, profissionais e público em geral, delegando esta responsabilidade em estruturas multiprofissionais que desenvolvem e implementam a estratégia de gestão de risco.

Com o objetivo de eliminar ou reduzir os riscos não aceitáveis, a cada nível de risco está associada uma prioridade de intervenção. O CHULN utiliza para a sua avaliação e gestão dos riscos corporate "um misto" dos principais frameworks internacionais disponíveis, baseando-se principalmente nos seguintes documentos:

- *Enterprise Risk Management — Integrated Framework (COSO)*
- Norma de gestão do risco (FERMA)
- Norma de gestão de risco (ISO 31000)
- *International Professional Practices Framework (IIA)*

Presentemente os riscos são definidos de forma qualitativa e quantitativa com base em *scores*:

Nível de Risco		Probabilidade (P)		
		Alta 100% - 60% Score 9	Média 59% - 30% Score 6	Baixa 29% - 0% Score 3
Impacto (I)	Alto 100% - 60% Score 9	Elevado Score 81	Elevado Score 54	Médio Score 27
	Médio 59% - 30% Score 6	Elevado Score 54	Médio Score 36	Baixo Score 18
	Baixo 29% - 0% Score 3	Médio Score 27	Baixo Score 18	Baixo Score 9

\* Baseado no Guião do CPC - Conselho de Prevenção da Corrupção

Nível de Risco (Score) = Probabilidade (Score) x Impacto (Score)		
Elevado 81 - 54	Médio 36 - 27	Baixo 18 - 9

Os níveis de risco permitem configurar a decisão de aceitabilidade do risco e da sua magnitude, bem como a ação de controlo ou de monitorização. Para cada perigo identificado, o risco associado é estimado e valorizado da forma que se segue:

- Identificar os possíveis tipos de risco;
- Analisar as medidas de prevenção e de proteção existentes (barreiras) face aos riscos identificados, que permitam prevenir ou minimizar as suas consequências caso o evento ocorra;
- Atribuir uma categoria à probabilidade de ocorrência tendo em atenção a eficácia das medidas de prevenção e proteção já existentes, bem como o tempo de exposição ao fator de risco;
- Atribuir uma categoria ao impacto (gravidade do dano, tendo em atenção as consequências previsíveis do evento);

- Valorar o risco qualitativamente, atribuindo um nível de risco, resultado da integração entre a probabilidade de ocorrência e o impacto provável de um determinado dano;

O CHULN adaptou um novo modelo de avaliação de risco que englobasse a vertente qualitativa e quantitativa, baseado em evidências e apoiado na metodologia de auditoria contínua, capaz de dar resposta às atualizações na legislação aplicável (Decreto-Lei n.º 109-E/2021 de 9 de dezembro - criação do Mecanismo Nacional Anticorrupção - MENAC e estabelecimento do regime geral de prevenção da corrupção) e às orientações definidas na Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024.

O novo modelo caracteriza-se pela sua simplicidade na estruturação da sua matriz, capaz de englobar os riscos de gestão (RG), os riscos de corrupção e infrações conexas (RC) e os conflitos de interesses (CI), relacionando-os com as medidas preventivas a adotar – Medidas de Gestão (MG), Medidas de Controlo (MC) e Medidas Defensivas (MD).

#### *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 depende, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração, conforme definido nos Estatutos.

### **Regime de proteção de dados**

No âmbito da estratégia de implementação do RGPD no CHULN, destacam-se no ano 2022 a criação do Gabinete de apoio ao Encarregado de Proteção de Dados, com a afetação de dois técnicos superiores por recrutamento interno, e abertura e conclusão de um procedimento de aquisição (concurso público) de prestação de serviços de consultoria para implementação do RGPD no CHULN, com execução prevista em 2023.

As atividades inerentes às atribuições do Encarregado de Proteção de Dados (EPD), consagradas no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) e Lei nacional de execução deste, a Lei 58/2019, de 08/08 (LNE), desenvolveram-se de forma regular, com continuidade e sem situações de risco elevado, com o acompanhamento e análise das matérias específicas relativas ao tratamento de dados pessoais que foram sendo colocadas ao EPD por diferentes responsáveis de áreas e setores do hospital durante o ano.

No âmbito das funções de informação e aconselhamento, foram realizados diversos pareceres em áreas distintas, com particular incidência em projetos de investigação e desenvolvimento, acreditação de centros de

referência, transferências internacionais e videovigilância. Verificou-se um decréscimo das solicitações comparativamente ao ano anterior, tendo-se registado um total de 50 novos pedidos de parecer ao EPD, face a 76 registados no ano anterior.

Relativamente à sensibilização e formação do pessoal implicado nas operações de tratamento de dados, foi realizada a segunda fase da formação “Privacidade e Proteção de Dados” para dirigentes e chefias de áreas clínicas e de gestão e serviços de apoio, cuja primeira fase decorreu no final do ano 2021, tendo 187 profissionais concluído com aprovação o curso num total de 212 inscritos. Foi também realizado o webinar “Linhas gerais sobre o RGPD”, apresentado aos profissionais no âmbito de processos de Acreditação de Centros de Referência.

Às ações de sensibilização referidas acresceu a criação de diversos conteúdos para disponibilizar na intranet e na página do site institucional do CHULN, como por exemplo, guias de boas práticas, folhetos informativos e recomendações, assim como formulários e minutas para cumprimento das principais obrigações do responsável pelo tratamento de dados pessoais à luz do RGPD (registo de atividades de tratamento, avaliação de impacto sobre a proteção de dados, acordos para tratamento de dados e notificação de incidentes de violação de dados).

Ainda como instrumento de sensibilização interna promotora do cumprimento do RGPD no CHULN, foram aplicados questionários de avaliação de maturidade em alguns Serviços, iniciativa transversal a todas as profissões e como instrumento de diagnóstico da perceção dos profissionais relativamente à aplicação dos princípios inerentes ao RGPD na sua prática diária, e considerado ponto de partida para a definição de uma estratégia de aprofundamento da proteção de dados.

Com vista ao cumprimento do artigo 30º do RGPD, foi iniciado em alguns serviços o Registo Interno de Atividades de Tratamento de Dados (RIAT), com interlocutores designados e realizadas reuniões de apresentação da metodologia a utilizar. Neste âmbito, foi também criado o já referido modelo de referência a utilizar e disponibilizado online, para facilitar a sua utilização pelos serviços através da intranet.

Com vista a um acompanhamento sistematizado da realização de Avaliações de Impacto sobre a Proteção de Dados, para cumprimento do artigo 35º do RGPD e do Regulamento n.º 1/2018 da CNPD, foi desenvolvida uma metodologia e formulário próprio, testados em diversos serviços com tratamentos a iniciar. Também, neste caso, foi criado um modelo de referência para ser utilizado pelos serviços, com orientações de utilização e disponibilizado online através da intranet.

No sentido de apoiar a implementação pelo responsável pelo tratamento das medidas técnicas e organizativas adequadas à segurança dos dados tratados, foi elaborado e aprovado pelo Conselho de Administração, um procedimento para a notificação de incidentes de violação da proteção de dados e criado um formulário eletrónico de notificação, a disponibilizar na intranet do CHULN.

Para além disso, tem sido feito o acompanhamento da implementação da solução RGPD no sistema GlobalCare pelo Serviço de Sistemas de Informação (SSI), com vista ao reforço das medidas técnicas de segurança do tratamento informatizado dos dados, para o rastreio, armazenamento e gestão centralizada de toda a informação de acessos aos dados pessoais dos doentes que são gerados pelas soluções do Globalcare, que se prevê estar em funcionamento no início de 2023.

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

A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis. Destacamos outras áreas a quem cabe a missão do controlo do risco clínico, nomeadamente:

O **Gabinete de Gestão de Risco** que tem a missão de, através de ações transversais, cultivar a segurança do doente, pela partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, e melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua.

Ao **Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e da Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA)** a quem compete, supervisionar as práticas de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos, garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde e de resistências aos antimicrobianos, nomeadamente a vigilância e notificação de microrganismos-problema e de microrganismos-alerta e a implementação de auditorias clínicas internas, garantindo o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica de infeção e de resistências aos antimicrobianos às unidades clínicas, promovendo e corrigindo práticas de prevenção e controlo de infeção e de uso de antibióticos.

O **Serviço de Saúde Ocupacional** tem como missão a prevenção e gestão dos riscos profissionais e proteção da saúde e da segurança dos profissionais do CHLN, em especial no que respeita ao binómio trabalho-saúde e à adaptação da atividade à situação de saúde dos profissionais, de acordo com a política de Saúde, de Higiene e de Segurança definida para os profissionais do CHULN, estando este Serviço Certificado desde 2016.

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

No contexto atual, é possível identificar os principais tipos de risco:

<b>Risco Económico</b>	Incluídos nesta linha identificamos a pressão económica, traduzida no aumento das necessidades de saúde da população que envelhece, com doenças crónicas instaladas e ainda a pressão económica da inovação tecnológica e farmacológica.
<b>Risco Financeiro</b>	O risco financeiro tem a sua face mais visível no Prazo Médio de Pagamentos, enquanto indicador das dívidas que se acumulam e não conseguimos liquidar de acordo com o estabelecido. Realce para as imposições que nos colocam por parte de disponibilidade de medicamentos, consumos estes não orçamentados e sem contrapartida com impacto nos custos e nas despesas orçamentais.
<b>Risco Operacional</b>	O risco operacional refere-se ao risco associado a perdas que direta ou indiretamente resulta da inadequação ou deficiência de processos internos, de pessoas, de sistemas ou de eventos externos. Destacamos a falta de verbas específicas para realização de investimentos, que garantam a renovação do imobilizado, com impactos na qualidade dos serviços prestados. Este risco é visível pela diminuição das amortizações e do valor do imobilizado bruto como sinal de que o investimento não está a ser suficiente para garantir a renovação dos ativos tangíveis que chegam ao fim da sua vida útil.
<b>Risco Jurídico</b>	A legislação laboral e todos os constrangimentos legais que a enquadram dificultando a substituição de pessoas e a gestão de carreiras.

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

A promoção de uma cultura de segurança junto de profissionais e utentes do CHULN é essencial para a diminuição e controlo do risco. A abordagem integrada e sistemática da gestão do risco no CHULN engloba os contributos de todas as áreas clínicas e não clínicas. O processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação de riscos, realiza-se de forma estruturada.

Em primeiro lugar, o processo decorre da avaliação do risco de gestão, onde são aferidas e discriminadas todas as atividades por serviço, a sua probabilidade de ocorrência e impacto, de forma a determinar qual a melhor metodologia de atuação, apontando-se seguidamente as tarefas a desenvolver e os responsáveis pelo controlo interno em cada Serviço. Na fase seguinte, são definidos os tipos de resposta ao risco perceptível e desenvolve-se um conjunto de atividades de forma à reorientação da probabilidade do risco. São depois estabelecidas e executadas políticas, manuais, normas e procedimentos de forma a assegurar que as respostas ao risco são

efetuadas de forma efetiva. Todas estas atividades têm sempre sistemas de informação e comunicação que permitem a existência de informação necessária para executar, gerir e monitorizar os processos, permitindo alterações sempre que necessárias.

Salienta-se a implementação de um sistema de *Business Intelligence*, que permite aos órgãos de gestão estruturar e relacionar toda a informação produzida, permitindo ter uma visão mais objetiva do desempenho da instituição, controlar a qualidade e a eficiência das operações, controlar e reduzir os custos, apoiando o Sistema de Controlo Interno.

O Serviço de Auditoria Interna realiza auditorias e avaliações e, produz informação e relatórios consequentes, onde se apontam propostas de intervenção sempre que necessário. Com base nesta informação, o Conselho de Administração decide medidas de mitigação dos riscos.

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

De acordo com o art.º 15º dos Estatutos dos Hospitais, EPE, nas entidades abrangidas pelo regime constante da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial 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, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

Para além dos mecanismos internos, todo o processo de divulgação de informação financeira é acompanhado e validado por entidades externas, nomeadamente, o Tribunal de Contas, a DGTF, IGF, DGO, UTAO, ACSS e a ARSLVT.

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

## **C. Regulamentos e Códigos**

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

O CHULN é uma entidade pública empresarial, criado em 01.03.2008, por fusão do Hospital de Sta. Maria, E.P.E., com o Hospital Pulido Valente, E. P. E., pelo Decreto-Lei n.º 23/2008 de 8 de fevereiro, com o regime aplicado nos termos do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro e do art.º 18º do Anexo da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, com os Estatutos aprovados pelo Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro, na redação do Decreto-Lei n.º 244/2012 de 9 de novembro e pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, diploma que estabelece o regime jurídico das entidades que integram o Serviço Nacional de Saúde afetas à rede de prestação de cuidados de saúde e aprova as suas especificidades estatutárias, evidenciando-se da sua aplicação os poderes de superintendência e de tutela dele constante, a definição da sua estrutura interna, recursos humanos e financeiros, *in case* no que ao controlo respeita, bem como as regras, estrutura e procedimentos atinentes aos órgãos de gestão, máximos, intermédios e de apoio técnico.

Em 04.08.2018 foi alterada a designação para Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E. (art.º 29º do Decreto-Lei n.º 61/2018, de 3 de agosto) que estabelece o regime jurídico dos centros académicos clínicos.

O CHULN rege-se ainda pelos seguintes diplomas:

- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro (Lei de Bases da Saúde);
- Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde);
- Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, com as alterações efetuadas através da Lei n.º 75 – A/2014, de 30 de setembro e Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro que estabelece o Regime Jurídico aplicável ao sector público empresarial;
- Outras normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde e para o Setor Empresarial do Estado.

No âmbito interno da instituição, o atual Conselho de Administração foi nomeado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 82/2019, de 24 de maio.

Em matéria de aquisições de bens e serviços, o CHULN, EPE rege-se pelo Código dos Contratos Públicos.

O **Regulamento Interno** aprovado pelo Conselho de Administração em 23 de março de 2009 e subsequente alteração do art.º 38º “Constituição dos departamentos, serviços e unidades funcionais” homologada em 30 de janeiro de 2015, resulta da aplicação remissiva da boa gestão empresarial, determinante da existência de um regulamento interno, no âmbito do qual foram desenvolvidas as previsões e estatuições que daquele resultam, nomeadamente pela normação efetiva da estrutura e organização, quer gerais, quer específicas da prestação



de cuidados, bem como de outras que enquadram o CHULN, na sua identidade, no âmbito das redes nacionais de prestação de cuidados de saúde.

Disponível para consulta em: <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/normas-e-regulamentos/regulamentos>.

Paralelamente, encontram-se aprovados e disponíveis na Intranet do Centro Hospitalar, os seguintes regulamentos internos:

1. Regulamento da Comissão de Ética para a Saúde;
2. Regulamento do Serviço de Auditoria Interna;
3. Regulamento do Conselho de Coordenação e Avaliação;
4. Regulamento do Serviço Social e Gabinete do Cidadão;
5. Regulamento do Centro de Investigação Clínica;
6. Regulamento Interno de Visitas e Acompanhamento de Doentes Internados;
7. Regulamento de comunicação interna de irregularidades;

Em matéria de aquisições de bens e serviços, o CHULN, EPE rege-se pelo Código dos Contratos Públicos.

## 2. Código de Ética

*a) Referência à existência de um código de ética, com a data da última atualização, 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.*

*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 interesse legítimos, designadamente colaboradores da entidade, ou outros credores que não fornecedores ou, de um modo geral, qualquer empresa que estabeleça alguma relação jurídica com a entidade (vide artigo 47.º do RJSPE).*

O **Código de Conduta Ética** do Hospital, aprovado em 8 outubro 2015, regula as relações externas e internas que decorrem da prossecução da missão e serviço público do CHULN, divulga os valores da missão prosseguida, reforça as relações de confiança com as partes interessadas e clarifica as regras de conduta que gestores, dirigentes, demais responsáveis e colaboradores devem observar nas suas relações recíprocas e com terceiros. Visa ainda a melhoria contínua da qualidade para reforço da garantia de proteção dos utilizadores dos serviços

prestados pelo CHULN, constitui-se como uma ferramenta de melhoria contínua da qualidade, cujos desígnios são a sua centralização nos utentes e a defesa da imagem pública dos colaboradores do CHULN.

Firma-se como um instrumento de visão e missão do CHULN, concretizando-se com padrões de atuação expressivos dos valores e da cultura organizacional e em simultâneo fomenta a confiança de todos os intervenientes e interessados, na atividade institucional.

É esperado que todos os trabalhadores do CHULN cumpram os seus códigos de ética profissional e, nomeadamente, os códigos deontológicos, aprovados e publicados pelas respetivas Ordens Profissionais.

O Código de Ética encontra-se disponível para consulta em: <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/principios-e-politicas-de-bom-governo/codigo-de-conduta-etica>.

Adicionalmente, e como forma de garantir um tratamento equitativo de um modo geral, de qualquer entidade que estabeleça alguma relação jurídica com o Centro Hospitalar, são colocados à disposição vários meios de apresentação de sugestões e reclamações.

Salienta-se ainda a Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção sobre Gestão de Conflitos de Interesses no Setor Público, de 8 de janeiro de 2020 a todas as entidades do Setor Público em que refere que “Um sistema de governação robusto, baseado nos valores da integridade, probidade, transparência e responsabilidade é preventivamente fundado nas declarações de interesses e na verificação de incompatibilidades e, casuisticamente, de impedimentos para suprimir potenciais conflitos de interesses e, conseqüentemente, reduzir a vulnerabilidade das instituições à sua ocorrência.”

### *3. Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC)*

- a) Referência à existência do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC) para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros), com a data da última atualização, assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação.*
- b) Data da última atualização e indicação relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor, relativas à prevenção da corrupção e sobre a elaboração do Relatório Identificativo das Ocorrências, ou Risco de Ocorrências (vide alínea a) do n.º1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro). Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontra publicitado o respetivo Relatório Anual de Execução do PGRIC (vide artigo 46.º do RJSPE).*

*c) c) Disponibilidade do Relatório Anual de Execução do PGRCIC para publicação no sítio na internet da  
UTAM*

Na sequência da recomendação n.º 1/2009, publicada na 2.ª Série do Diário da República, n.º 140, de 22 de julho de 2009, aprovada pelo Conselho de Prevenção da Corrupção, em 1 de Julho 2009 sobre “Planos de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas” o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte aprovou, a 7 de julho de 2022, a última versão do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (adiante designado por PPR), com base:

- Na Recomendação n.º 1/2009, publicada na 2.ª Série do Diário da República, n.º 140, de 22 de Julho de 2009, aprovada pelo Conselho de Prevenção da Corrupção (doravante CPC), em 1 de Julho 2009 sobre “Planos de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas”;
- No Regime Geral de Prevenção da Corrupção (adiante designado por RGPC), aprovado pelo Decreto-Lei 109-E/2021, de 9 de dezembro;
- Novo modelo de Gestão dos Riscos implementado no CHULN.

A implementação do novo modelo de Gestão dos Riscos foi realizada a partir de indicadores específicos correlacionados com os riscos e com as medidas preventivas. Os indicadores foram definidos de forma a permitir a aplicação das medições a todos os Serviços do CHULN, sendo que na primeira fase serão abrangidos os Serviços de Apoio do Centro Hospitalar, e, posteriormente os serviços clínicos.

Depois da definição dos indicadores e da sua correlação com os riscos, foi realizada a devida adaptação com as medidas preventivas, chegando assim à Matriz dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas Global do CHULN.

O novo PPR está disponível para consulta no seguinte link:

<http://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/principios-e-politicas-de-bom-governo/plano-de-prevencao-de-risco>.

## **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.º1 do artigo 44.º do RJSPE), a saber:*

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

Não aplicável.

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

A informação acima referida é reportada através das plataformas:

- ACSS/ARSLVT: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)
- ACSS: Serviço On-line (SIGEF)
- SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira
- DGO: Direção Geral do Orçamento

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

A informação acima referida é reportada através das plataformas:

- ACSS/ARSLVT: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)
- ACSS: Serviços On-line (SIGEF)
- SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira
- DGO: Direção Geral do Orçamento

*d) Orçamento anual e plurianual;*

A informação acima referida é reportada através das plataformas:

- ACSS/ARSLVT: Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)
- ACSS: Serviço On-line (SIGEF)
- SIRIEF: Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira
- DGO: Direção Geral do Orçamento

*e) Documentos anuais de prestação de contas;*

A informação acima mencionada é submetida ao Tribunal de Contas através do Sistema de Prestação de Contas dos Serviços e Organismos Públicos por via eletrónica, é reportada através do SIRIEF e remetida em simultâneo para a IGF, ARSLVT e ACSS.

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

O CHULN elabora, mensalmente, o Relatório Analítico de Desempenho Económico-Financeiro, reportando esta informação mensalmente à ACSS e ARSLVT.

Os Relatórios de Execução Orçamental trimestrais, elaborados pelo Órgão de Fiscalização são ainda reportados na plataforma SIRIEF.

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

Esta informação consta do Relatório Analítico de Desempenho Económico-Financeiro trimestral, no Relatório e Contas e no Relatório do Governo Societário, enviados ao titular da função acionista e divulgados ao público em geral, através do site do CHULN (<http://www.chln.pt/>).

A informação económica e financeira é ainda reportada na plataforma do SIRIEF e no SICA, permitindo desta forma o cumprimento dos deveres de transparência a que a Hospital se encontra sujeito.

## E. Sítio na Internet

1. *Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde encontram divulgados os seguintes elementos (vide nº1 do artigo 45º do RJSPE):*

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

O endereço do sítio do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte é o seguinte: <http://www.chln.pt/>. No sítio da Internet é identificada a sede e demais elementos mencionados no artigo 171º do CSC.

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

No sítio da Internet são identificados os estatutos e regulamentos de funcionamento dos órgãos e comissões:

<https://www.chln.pt/index.php/o-chln/informacao-institucional>.

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

No sítio da Internet são identificados os titulares dos órgãos sociais e outros órgãos estatutários:

<https://www.chln.pt/index.php/o-chln/conselho-de-administracao>

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

No sítio da Internet são identificados os documentos de prestação de contas anuais:

<https://www.chln.pt/index.php/o-chln/principios-e-politicas-de-bom-governo/relatorio-e-contas>

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

No sítio do Hospital existe informação sobre: Apresentação do Hospital, Visão Missão e Valores, os Princípios de Bom Governo, os Órgãos Sociais, Estrutura organizacional, Informação de Gestão, Gestão da qualidade, Legislação, Voluntariado, entre outras informações relevantes, que podem ser consultadas diretamente.

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

No sítio da Internet estão identificados os modelos de financiamento subjacentes e financiamentos recebidos do Estado <https://www.chln.pt/index.php/o-chln/informacao-legal>.

2 *Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde encontram publicitados os seguintes elementos:*

a) *Regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a empresa está legalmente obrigada;*

<https://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/normas-e-regulamentos/regulamentos>

b) *Código de Ética;*

[http://intranet/media/k2/attachments/informacao\\_institucional/Regulamentos/16.%20Codigo%20de%20Conduta%20e%20Etica.pdf](http://intranet/media/k2/attachments/informacao_institucional/Regulamentos/16.%20Codigo%20de%20Conduta%20e%20Etica.pdf)

c) *Relatório anual de Execução do PGRIC (vide artigo 46º do RJSPE);*

<https://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/principios-e-politicas-de-bom-governo/plano-de-prevencao-de-risco>

d) *Relatório sobre remunerações por género (vide nº 2 da Resolução do Conselho de Ministros nº18/2014 de 7 de março;*

<https://www.chln.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/CHLN-plano-igualdade-2022.pdf>

3 *Quando aplicável, indicação das hiperligações para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontram publicitados os documentos objetos de remissão no RGS*

## F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral

*1. Referência ao contrato celebrado com a entidade pública que tenha confiado à empresa a prestação de um serviço público ou de interesse geral, respeitante à remuneração dessa atividade (vide n.º3 do artigo 48.º do RJSPE).*

O Contrato-programa (CP) é celebrado entre o Ministério da Saúde e o CHULN, EPE e assinado pela Administração Central dos Serviços de Saúde, IP e a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

O CP é contratualizado para o triénio e revisto anualmente através de Acordos Modificativos (Adendas), definindo as orientações e objetivos de gestão no âmbito da prestação de serviços de cuidados de saúde.

*2. Quando aplicável, 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 (vide n.ºs 1, 2 e 4 do artigo 48.º do RJSPE)<sup>11</sup>, das quais deverão constar os seguintes elementos: Associação de metas quantitativas a custos permanentemente auditáveis; Modelo de financiamento, prevendo penalizações em caso de incumprimento; Critérios de avaliação e revisão contratuais; Parâmetros destinados a garantir níveis adequados de satisfação dos utentes; Compatibilidade com o esforço financeiro do Estado, tal como resulta das afetações de verbas constantes do Orçamento do Estado em cada exercício; Metodologias adotadas tendo em vista a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado e do grau de satisfação dos clientes ou dos utentes. A empresa deve apresentar evidência<sup>12</sup> 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.*

O CHULN celebra, anualmente, com a ACSS e com a ARSLVT um Contrato-Programa que tem por base as orientações da Tutela, que são também divulgadas através dos documentos da ACSS - Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS.

---

<sup>11</sup> Caso não tenha contrato celebrado ou, tendo, caso haja apresentado nova proposta.

<sup>12</sup> A evidência solicitada poderá consistir em declaração, no próprio RGS, que foi cumprido o disposto no n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE.



Neste Contrato-Programa está identificada a atividade que o CHULN se propõe realizar, assim como estão definidos um conjunto de indicadores de acesso aos cuidados de saúde, de desempenho assistencial, de desempenho económico-financeiro e de objetivos específicos da região de saúde onde o CHULN se enquadra.

Para o ano de 2022 foram aprovados os Temos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS, devidamente publicados na ACSS.

Assim, sendo necessário iniciar de forma gradual e monitorizada a realização da atividade suspensa foi publicado o Despacho nº5314/2020 da Ministra da Saúde em 7 de maio, criado o Programa de Estabilização Económico Social, conforme RCM Nº41/2020 de 6 de junho identificando as medidas para reforço do SNS às necessidades assistenciais dos portugueses. Posteriormente estabelece-se um incentivo excecional à recuperação de consultas presenciais nos cuidados de saúde primários, regulamentando o disposto no n.º 1 do artigo 277.º da Lei n.º 75-B/2020, de 31 de dezembro.

O Contrato-Programa 2017-2019 encontra-se publicado e disponível no seguinte link: [https://www.chln.pt/media/k2/attachments/administracao/contrato\\_programa/Contrato-Programa-2017-CH-Lisboa-Norte.pdf](https://www.chln.pt/media/k2/attachments/administracao/contrato_programa/Contrato-Programa-2017-CH-Lisboa-Norte.pdf).

Está ainda disponível no site da ACSS:

[https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/CHULN\\_AM\\_2022.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/CHULN_AM_2022.pdf)

O CHULN está obrigado a submeter na plataforma SICA a proposta de contratualização da prestação de serviço público, nas suas diversas linhas de produção, tendo como suporte as orientações providas no documento da ACSS - Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS 2022.

## 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	Conselho de Administração: <ul style="list-style-type: none"><li>• Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro;</li><li>• Resolução de Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro;</li><li>• Resolução de Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro;</li><li>• Resolução de Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março</li></ul> (Classificações atribuídas nos termos das RCM n.º 16/2012 en.º 18/2012). Conselho Fiscal <b>Despacho Conjunto o Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, em 26.04.2018</b> Revisor Oficial de Contas <b>Despacho Conjunto o Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, em 25.09.2018</b>
Remuneração dos dirigentes	Deliberação do Conselho de Administração no âmbito da legislação em vigor.

2. *Identificação dos mecanismos<sup>13</sup> adotados para prevenir a existência de conflitos de interesses, atuais ou potenciais, entre os membros de órgãos ou comissões societárias e a entidade, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas (vide artigo 51.º do RJSPE).*

Não foram utilizados cartões de crédito nem foram reembolsadas despesas de representação pessoal.

As despesas dos membros do Conselho de Administração cumprem os mesmos procedimentos de autorização das restantes.

O Código de Ética da instituição aplica-se 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.*

<sup>13</sup> Mecanismos diversos dos inerentes à evidenciação ou menção a que se refere o ponto 3, seguinte.

Em matéria de prevenção de conflitos de interesse, os membros do Conselho de Administração abstêm-se de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas, nos termos do artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua versão atual.

## 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.*

Não aplicável.

## C. Estrutura das Remunerações

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

A fixação das remunerações dos gestores públicos, no âmbito das entidades públicas empresariais do SNS, é feita nos termos e de acordo com o seguinte enquadramento legal:

- Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, retificado pela Retificação n.º 2/2012, de 25 de janeiro e alterado pelos Decreto-Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro, Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro e Decreto-Lei n.º 39/2016, de 28 de julho;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro, que aprovou os critérios de determinação do vencimento dos gestores públicos;
- Resolução do 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 do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março, que aprovou as classificações atribuídas nos termos das RCM n.º 16/2012 e n.º 18/2012;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 97/2012, de 21 de novembro, que alterou o anexo à RCM n.º 36/2012, na parte relativa à tutela sectorial do ministério da saúde;

- Resolução do Conselho de Ministros n.º 45/2013, de 19 de julho, que alterou o anexo à RCM n.º 36/2012 e 97/2012, na parte relativa à tutela sectorial do ministério da saúde;

A remuneração do Conselho Fiscal foi fixada através das classificações atribuídas nos termos das RCM n.º 16/2012e n.º 18/2012) – Conselho Fiscal;

Despacho Conjunto o Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, em 26.04.2018-  
Revisor Oficial de Contas

Despacho Conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, em 25.09.2018.

*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.*

Os membros do Conselho de Administração auferem remuneração base 14 meses/ano e despesas de remuneração 12 meses/ano.

As remunerações mensais ilíquidas dos membros do Conselho Fiscal, são as seguintes: Vogais: 1.021,51euros, a pagar 14 vezes ao 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 na medida em que não foi assinado o Contrato de Gestão, documento onde se fixam as componentes variáveis, em função dos parâmetros de eficiência de gestão, dos objetivos específicos e os valores das componentes remuneratórias, bem como os prémios de gestão passíveis de atribuição no final do exercício ou mandato.

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

Não existe componente variável da remuneração.

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

O CHULN 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.

## 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:*

**Quadro 12 – Montante anual da remuneração auferida pelos membros do Conselho de Administração**

Membro do Órgão de Administração	Estatuto do Gestor Público			
	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)	
			Vencimento	Despesas de representação
Joaquim Daniel Lopes Ferro	S	B	4.809,71€	1.683,40€
Luis Filipe P. S. Pinheiro	S	B	5.016,38€	1.575,31€
Maria de Lourdes Caixaria Bastos	S	B	3.938,27€	1.575,31€
Pedro de Andrade P. Pinto Reis	S	B	3.938,27€	1.575,31€
Ana Paula Dias C. Fernandes	S	B	3.938,27€	1.575,31€

	Conselho de Administração (ano 2022)				
	Joaquim Daniel Lopes Ferro - Presidente	Luis Filipe Pereira Santos Pinheiro - Diretor clínico	Ana Paula Dias Costa Fernandes - Enfermeira Diretora	Maria De Lourdes Caixaria Bastos - Vogal	Pedro De Andrade Pais Pinto Reis - Vogal
<b>Mandato</b>					
Adaptado ao EGP (Sim/Não)					
Remuneração Total (1.+2.+3.+4.)	88 633,64 €	90 265,48 €	75 113,41 €	72 984,81 €	41 475,51 €
OPRLO	Não	Sim	Não	Não	Sim
Entidade de Origem (identificar)					
Entidade pagadora (origem/destino)					
1.1 Remuneração Anual	67 335,94 €	70 229,32 €	55 135,78 €	54 768,21 €	30 324,68 €
1.2 Despesas de Representação (Anual)	20 200,80 €	18 903,72 €	18 903,72 €	17 170,88 €	10 554,58 €
1.3.Senha de presença (Valor Anual)					
1.4.Redução decorrente da Lei 12-A/2010					
1.5.Redução decorrente da Lei 64-B/2011					
1.6.Suspensão do pagamento dos subsídios de férias e natal					
1.7.Reduções de anos anteriores					
1. Remuneração Anual Efetiva Líquida	87 536,74 €	89 133,04 €	74 039,50 €	71 939,09 €	40 879,26 €
(1.1+1.2.+1.3-1.4-1.5-1.6-1.7)					
2. Remuneração variável					
3.Isenção de Horário de Trabalho (HT)					
4.Outras - Subsídio Extraordinário Risco combate COVID-19					
Subsídio de deslocação					
Subsídio de refeição	1 096,90 €	1 132,44 €	1 073,91 €	1 045,72 €	596,25 €
<b>Encargos com benefícios sociais</b>					
Regime de Proteção Social - Indicar Regime (ADSE/Seg.Social/Outros)	(CGA)+(ADSE)	(CGA)+(ADSE)	(CGA)+(ADSE)	(CGA)+(ADSE)	(CGA)+(ADSE)
- Valor	11 985,78 €	12 262,54 €	10 074,06 €	9 843,01 €	5 558,07 €
Seguros de saúde					
Seguros de vida					
Seguro de Acidentes Pessoais					
Outros (indicar)					
<b>Acumulação de Funções de Gestão (S/N)</b>					
Entidade (identificar)					
Remuneração Anual					
<b>Mandato</b>					
Modalidade de Utilização	Aquisição	Aquisição	Aquisição	Aquisição	Aquisição
Valor de referência da viatura nova					
Ano Início					
Ano Termo					
N.º prestações (se aplicável)					
Valor Residual					
Valor de renda/prestação anual da viatura de serviço					
Combustível gasto com a viatura					
Plafond anual Combustível atribuído					
Outros (Portagens / Reparções / Seguro)					
Limite definido conforme Art.º 33 do EGP (Sim/Não)					
<b>Gastos c/ deslocações</b>	<b>Nome e Cargo</b>	<b>Nome e Cargo</b>	<b>Nome e Cargo</b>	<b>Nome e Cargo</b>	<b>Nome e Cargo</b>
<b>Mandato</b>	<b>I / II</b>				
Custo total anual c/ viagens					
Custos anuais com Alojamento					
Ajudas de custo					
Outras (indicar)					

2. *Indicação dos montantes pagos, por outras empresas em relação de domínio ou de grupo ou que se encontrem sujeita 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 a 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 indemnizações ou são devidas 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.*

#### Quadro 13 – Montante anual da remuneração auferida pelos membros do órgão de fiscalização

Membro do Órgão de Fiscalização	Remuneração Anual 2022 (€)
	Bruta
Carla Reis Santos	14.473,06€

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

Não aplicável na medida em que não existe assembleia geral.

## VIII. Transações com partes Relacionadas e Outras

### *1. Apresentação de mecanismos implementados pela empresa para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas<sup>14</sup> e indicação das transações que foram sujeitas a controlo no ano de referência.*

As transações mais relevantes com entidades relacionadas decorrem do serviço prestado aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, de acordo com as regras definidas no Contrato-Programa, sendo a prestação dos cuidados faturada à ACSS, após aprovação prévia, por parte desta entidade, dos serviços a faturar.

Para além da ACSS, destacam-se também as seguintes entidades com quem o CHULN efetua transações relevantes, sempre no âmbito da prestação de cuidados médicos previstos no seu objeto social: subsistemas públicos ou privados; seguradoras; utentes assistidos e independentes.

Os cuidados médicos e outros serviços prestados são efetuados de acordo com tabelas de preços previamente aprovados, às quais o CHULN está sujeito, à semelhança do que sucede com outras entidades públicas do sector da saúde prestadoras de serviços idênticos.

Foram sujeitas a controlo no ano de referência o Contrato Programa que é monitorizado e avaliado pela ARSLVT, pela ACSS, IP e ainda pela DGO na componente do Orçamento Económico.

### *2. Informação sobre outras transações:*

#### *a) Procedimentos adotados em matéria de aquisição de bens e serviços;*

Nos termos do Regulamento Interno do CHULN, compete ao Serviço de Gestão de Compras assegurar a contratação, compra e disponibilização de todos os bens, serviços e empreitadas necessários ao funcionamento do Hospital e ao cumprimento da missão assistencial com que o mesmo se encontra superiormente comprometido, com respeito pelas regras da Contratação Pública previstas no Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei N.º 18 de 2008, de 29 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei N.º 111-B/2017, de 31 de agosto, na Sua redação atual e demais disposições legais aplicáveis.

---

<sup>14</sup> Para efeitos do conceito de parte relacionada tenha-se em conta o que se encontra definido na NCRF 5 (Norma contabilística e de relato financeiro 5. Divulgações de Partes Relacionadas), e também no n.º 4 do artigo 63.º do CIRC (Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas).



Decorrente da emergência de saúde pública de âmbito internacional, declarada pela Organização Mundial de Saúde, no dia 30 de janeiro de 2020, bem como à classificação do vírus como uma pandemia, no dia 11 de março de 2020, algumas das aquisições realizadas no âmbito da doença COVID-19, foram instruídas ao abrigo do Decreto -Lei n.º 10 -A/2020, de 13 de março, regime legal adequado a esta realidade excecional, em especial no que respeita a matéria de contratação pública, para contingência, mitigação e tratamento da doença COVID -19.

O CHULN submete para conhecimento do Tribunal de Contas, nos termos do disposto na segunda parte do art.º 6.º da Lei n.º 1-A/2020, de 19 de março, todos os contratos de valor igual ou superior a 750.000 euros e por despesa associada para os montantes superiores a 950.000 euros, nos termos da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas, Lei N.º 98/97, de 26 de agosto, na sua redação atual.

Para além das aquisições de medicamentos, de material de consumo clínico e de serviços efetuadas ao abrigo dos Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA) na área da Saúde e nas áreas Transversais, mediante convite à apresentação de proposta dirigido aos cocontratantes naqueles CPA e de acordo com o procedimento pré-contratual previsto no artigo 259.º do CCP, o Serviço de Gestão de Compras efetua igualmente aquisições de bens e serviços pelo Sistema Nacional de Compras Públicas, através da Unidade Ministerial de Compras do Ministério da Saúde, na qualidade de entidade voluntária, através de compra centralizada por via de contrato de mandato administrativo, no âmbito da agregação centralizada, promovida pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.

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

Não se registaram transações nestas condições.

*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).*

Quadro 14 – Lista Fornecedores

Fornecedor	Valor	%
Derichebourg Facility Services	5.750.617€	7%
ITAU – Instituto Tec Alimentação Humana	4.587.312€	6%
SUCH – Serv. Utilização Comum Hospitais	4.509.405€	6%
IBERDROLA	4.414.469€	6%
Inst. Port. Sangue Transplantação	4.395.962€	6%
IMI – Imag Med. Integradas	2.928.034€	4%
AXPO Energia Portugal	2.196.734€	3%
Irmãs Hospitaleiras S. Coração Jesus	2.036.136€	3%
Noite & Dia Vigilância	1.604.947€	2%
Ambimed Gestão Ambiental	1.403.571€	2%
PHILIPS Portuguesa	1.290.802€	2%
Hospital da Luz	1.190.329€	2%
Assoc.. Socorros Freguesia Turcifal	1.169.003€	2%

## 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<sup>15</sup>:*

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

Cf. Capítulo 2, ponto 2: do presente Relatório.

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

Esta informação consta do Capítulo 2 ponto 2, alínea b) deste Relatório.

<sup>15</sup> Querendo, a entidade poderá incluir síntese ou extrato (s) do seu Relatório de Sustentabilidade que satisfaça (m) o requerido. Tal formato de prestação da informação, implica que o texto seja acompanhado das adequadas referências que permitam identificar as partes da síntese ou extrato (s) que satisfazem cada uma das alíneas.

No âmbito social, a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde e da segurança do doente esteve subjacente à prática, ao longo de 2022, consolidando o que já era prática em anos anteriores ou tornando emergentes outras necessidades.

O Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN) é uma instituição de referência a nível nacional e internacional, pelo que foi considerado importante um reforço da implementação de processos automatizados na distribuição e preparação de medicamentos, acompanhando a "revolução" da Farmácia 4.0, que utiliza sistemas automatizados ao longo da cadeia de valor da farmácia.

A implementação de novos processos automatizados no Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica permitirá reduzir o tempo despendido pelas equipas farmacêutica e de enfermagem com os processos de preparação, distribuição e gestão da medicação, bem como manipulação de injetáveis, resultando em melhorias significativas da segurança e da qualidade do serviço prestado aos doentes.

No início deste processo, foi adquirido em 2022, um sistema robotizado para preparação centralizada de medicamentos injetáveis no CHULN,EPE, com o propósito de cumprimento dos seguintes objetivos:

- Diminuição do tempo de espera e aumento da capacidade de produção;
- Diminuição dos recursos humanos envolvidos na preparação de medicamentos injetáveis;
- Reaproveitamento das ampolas utilizadas, evitando o desperdício;
- Possibilidade de funcionamento durante 24 horas por dia;
- Total informatização e rastreabilidade do circuito implementado;
- Redução do potencial de erro humano.

Também foi iniciada a implementação do sistema de transporte automatizado de medicamentos através de tubos pneumáticos, que visa permitir:

- Redução dos tempos de espera de chegada da medicação aos serviços;
- Diminuição dos recursos humanos envolvidos, libertando os assistentes operacionais para outras tarefas;
- Otimização do trabalho das equipas de enfermagem.

Foi, ainda, adquirido um dispensador automático de medicamentos a doentes em seguimento na farmácia de ambulatório, com o objetivo de:

- Permitir a dispensa de medicamentos, a doentes selecionados, durante 24h por dia;

- Melhorar a acessibilidade ao medicamento (compatibilizar a dispensa de medicamentos com os horários dos doentes);
- Diminuir o tempo de espera para o atendimento farmacêutico, com diminuição do número de doentes presenciais.

Todas as alterações introduzidas na Farmácia de Ambulatório do Hospital de Santa Maria permitiram a redução do tempo de espera garantindo o cumprimento das regras de segurança.

Em 2022, à semelhança do processo desenvolvido em anos anteriores, realizaram-se atividades de identificação, de análise e de avaliação do risco nas áreas comuns e nas Unidades do CHULN, de monitorização das medidas corretivas planeadas e implementadas bem como de reavaliação dos riscos identificados.

Não foi efetuada auditoria à Identificação dos doentes, por limitação de circulação de profissionais.

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

#### *b) 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 49º do RJSPE),*

## **Responsabilidade Social**

O CHULN, para além do cumprimento do seu objetivo e missão principal - a prestação de cuidados de saúde à população - desempenha igualmente um papel determinante na melhoria continuada da qualidade dos Serviços e cuidados prestados, envolvendo todos os profissionais e garantindo a adoção pelos Serviços de boas práticas e o empenho de todos, onde a área de apoio social se integra.

O CHULN procura responder às necessidades humanas que resultam da interação em sociedade e ao desenvolvimento do seu potencial, promovendo o bem-estar e a autorrealização dos cidadãos. No meio hospitalar a especificidade da intervenção, através do setor social incide no apoio psicossocial ao ser humano doente e sua família, estabelecendo elos de mediação entre as várias dimensões: pessoais, relacionais, organizacionais, escolares e laborais.

No CHULN são utilizados métodos e técnicas específicas, de forma integrada e funcionalmente com os demais profissionais de saúde, com idêntico nível de dignidade e autonomia, em todos os momentos que compõem o quotidiano do processo coletivo do tratamento.

O CHULN intervém, ainda, de forma direta com os utentes/famílias/colaboradores que procuram o apoio social, sempre na procura de garantir o acesso aos direitos básicos de cidadania e aos recursos institucionais ligados aos diversos sectores: Saúde, Segurança Social, Educação, Emprego/Formação Profissional, Habitação, Misericórdias, Ministério Público, Tribunais de Família e Menores, ONG, IPSS, entre outras.

Atualmente o SSGC do CHULN constitui uma unidade nuclear que integra os Serviços de Apoio Clínico e configura-se como elo de ligação e interlocutor privilegiado entre o utente, a família, a equipa terapêutica e a comunidade. Tendo como pilares fundamentais os princípios dos Direitos Humanos e da Justiça Social, procura a resolução de problemas concretos, a prevenção de disfunções e a promoção da mudança, numa perspetiva emancipatória de capacitação e *empowerment*. Contempla uma visão integral da realidade, através do estudo, diagnóstico e intervenção orientada para o utente, adequando as respostas existentes às necessidades numa perspetiva holística

Os doentes protelados por motivos sociais é um problema com implicação direta na demora média do internamento. A Instituição, através dos assistentes sociais, trabalha diariamente no planeamento da alta hospitalar, cujo objetivo é a coincidência entre alta clínica e social. Este planeamento pressupõe um esforço integrado de recursos de apoio formal e informal, fomentando sempre a intervenção multidisciplinar, sem nunca descurar os valores deontológicos e éticos da profissão, bem como a vontade do doente/pessoa significativa e a adequação das respostas.

A preocupação do Serviço Social em 2022 centrou-se em tentar gerir as expectativas das famílias, substituindo a ausência de proximidade presencial, funcionando como gestor tentando centralizar a responsabilidade apenas num só técnico tentando colmatar esta necessidade de recursos humanos.

Tendo em linha de conta o aumento exponencial da afluência de utentes ao nosso CHULN e, conseqüentemente, a necessidade de garantir o bom funcionamento dos Serviços e a capacidade de resposta instalada, foi instaurado o Plano de Contingência, que consistiu na contratualização de camas de retaguarda com IPSS e Instituições privadas. Este Plano permite:

- i. A redução dos custos hospitalares e a sustentabilidade económico-financeira da instituição;
- ii. Uma maior eficiência e inovação organizacional;
- iii. A prevenção das infeções oportunistas por internamentos prolongados;
- iv. Ganhos de saúde centrados numa maior acessibilidade e melhor excelência de cuidados adequados às necessidades de saúde e contexto social dos utentes.

Da análise às situações emergentes em 2022, com internamentos inadequados, sobressai a inexistência total de um plano de cuidados integrados na doença crónica e no processo de envelhecimento por um lado e a desarticulação completa entre serviços de saúde, serviços da segurança social e prestadores de cuidados, por outro.

Em 2022 o número de doentes atendidos atingiu os 19.836 representando um aumento face ao período homólogo de 6,8%. Metade destes doentes são atendidos em Ambulatório, verificando-se um aumento de casos atendidos em Internamento face ao período homólogo.

Em 2022 foram identificados 168 doentes com um tempo de protelamento médio de 24 dias, sendo que em 2021, foram identificados 120 doentes com um tempo de protelamento médio de 22 dias.

Sublinha-se que destes 168 doentes, 50 foram, entretanto, integrados em camas de retaguarda.

O maior número de doentes integrados em camas de retaguarda corresponde a doentes referenciados à RCCI com um tempo médio de resposta de 32 dias, dependendo, no entanto, do prestador (SCML -> 63 dias e Segurança Social > 58 dias)

Ao nível da Responsabilidade Social refere-se a colaboração deste Serviço ao nível interno colaborando com diversas equipas: cuidados paliativos, incluindo os pediátricos; apoio psicossocial; Núcleo de apoio à Criança e à Família; Espaço familiar Ronald McDonald; Equipa de prevenção de violência nos adultos e Unidade de hospitalização domiciliária apenas para citar alguns exemplos da sua interação.

Ao nível das parcerias com a comunidade destacamos aquelas com maior número de situações sinalizadas: liga portuguesa contra o cancro; movimento vencer e viver e o Banco do Bêbé.

### **Participação do Utente**

De acordo com o Regulamento Interno do CHULN, compete ao Gabinete do Cidadão (GC) promover a participação dos cidadãos, enquanto agentes e responsáveis, detentores de direitos e deveres, numa lógica de mediação e diálogo, num enquadramento institucional. Esta competência permite assim que o CHULN, através do GC, fomente, como linha de orientação estratégica, a procura sistemática de feedback dos seus utentes, considerando o tratamento de exposições nas suas diversas tipologias: reclamações, louvores, pedidos e sugestões e, os atendimentos personalizados efetuados pelos assistentes sociais, como um instrumento fundamental para análise das situações problemas e sua eventual correção.

O GC tem procurado consolidar uma cultura de saúde centrada no cidadão, no contexto de uma estratégia de responsabilidade, autonomia, rigor e transparência, ajustando a prestação de serviços e cuidados às

necessidades reais do cidadão, sendo a satisfação dos utentes/cidadãos, o compromisso deste Centro Hospitalar e, em particular, deste Gabinete.

Analisando comparativamente com os indicadores do ano anterior, observou-se um aumento de Reclamações (2.410 vs. 1.784) na sua grande parte escritas no Livro de Reclamações, o que não ocorreu em 2020 e parte de 2021. Por áreas funcionais destaca-se o Urgência (42%) devido aos Tempos de Espera. Em relação aos Grupos Profissionais os órgãos de Direção/gestão apresentam o maior acréscimo (57%) do total.

Em relação aos louvores destacamos a subida de 12,6% no geral.

### Medidas para prevenção do risco

Em 2022, à semelhança do processo desenvolvido em anos anteriores, realizaram-se atividades de identificação, de análise e de **avaliação do risco** nas áreas comuns e nas Unidades do CHULN, de monitorização das medidas corretivas planeadas e implementadas bem como de reavaliação dos riscos identificados.

Na senda da prevenção de Riscos Profissionais dos Colaboradores do CHULN, o **Centro de Formação** em colaboração com o Serviço de Saúde Ocupacional, desenvolve anualmente um projeto formativo que visa a prevenção. Em 2022 o SSO realizou 15 ações de formação neste campo.

Em 2022 continuou o ciclo de Formação em Prevenção de Incêndios e Planos de Evacuação, realizada nos locais:

#### Quadro 15 – Formação no âmbito da prevenção de incêndios e planos de evacuação

Ano	N.º de Produtos Formativos	N.º Horas	N.º de Formandos	Volume de Formação
2022	1	11	138	203

E em colaboração com o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo das Infeções, de Higiene das Mãos e da Resistência aos Antimicrobianos (GCL-**PPCIRA**), o CF desenvolveu diversos produtos formativos ao longo dos anos, tendo em 2022 realizado os seguintes:

### Quadro 16 – Formação no âmbito da descontaminação de superfícies e utilização de equipamentos

Ano	N.º de Produtos Formativos	N.º Horas	N.º de Formandos	Volume de Formação
2022	3	11	170	269

A implementação do RGPD foi também uma preocupação do CHULN, iniciando-se este projeto em 2021 pelas chefias intermedias e continuado em 2022:

### Quadro 17 – Formação em Privacidade e Proteção de Dados

Ano	N.º de Produtos Formativos	N.º Horas	N.º de Formandos	Volume de Formação
2022	2	41	99	338

Em 2022 o Centro de Formação definiu também como foco o bem-estar do colaborador principalmente após um período bastante difícil marcado pelo contexto pandémico.

### Quadro 18 – Formação em bem estar do colaborador

Ano	N.º de Produtos Formativos	N.º Horas	N.º de Formandos	Volume de Formação
2022	12	88	457	921

## Transição digital

Durante o ano de 2022, o Serviço de Sistemas de Informação (SSI), no âmbito das competências e funções que lhe estão atribuídas, desenvolveu diversas iniciativas destinadas a melhorar todos os aspetos relacionados com a atividade assegurada por este Serviço.

De entre estas, salientam-se:

- Adoção de um novo modelo de organização, assente em Unidades Funcionais, visando este garantir uma resposta mais articulada e eficiente, em todos os aspetos que constituem as competências e responsabilidades do SSI.



- Desenvolvimento de processo de inventariação de todo o parque informático da instituição, iniciado em 2022 e com conclusão prevista para os primeiros meses de 2023;
- Redimensionamento e expansão dos recursos da infraestrutura, de forma a dar resposta às necessidades inerentes ao Teletrabalho e à Cibersegurança;
- Desenvolvimento de diversos projetos que resultaram na atualização ou na substituição por novos de aproximadamente 1000 postos de trabalho;
- Desenvolvimento de diversos projetos que resultaram no reforço dos meios disponibilizados nas infraestruturas de base: Rede local, servidores e armazenamento (Storage);
- Desenvolvimento de diversos projetos destinados a garantir a contínua adequação das infraestruturas e sistemas às necessidades ditadas pela Cibersegurança, obrigando ao reforço da segurança informática das infraestruturas e sistemas em uso, tendo destes resultado:
  - a. A aplicação de restrições ao uso em postos de trabalho do CHULN, de diverso software não relevante para as funções Core a assegurar pelos profissionais do CHULN;
  - b. A reorganização dos métodos e das políticas de concessão de acesso a partir de postos localizados no exterior do CHULN;
  - c. A implementação de novas soluções de segurança de perímetro e de arquivo/backup seguro.
- A substituição integral das Centrais Telefónicas (HSM e HPV), que aconteceu já no HSM e que deverá acontecer no HPV logo que sejam criadas as condições necessárias (Obras/adequação de espaços);
- A implementação de solução de Logística, que se encontra atualmente em testes, prevendo-se para breve a sua entrada em produção;
- A implementação de solução de Gestão Documental, que irá permitir avançar com diversas iniciativas de desmaterialização e de otimização de processos administrativos, também esta prestes a entrar em produção.
- A implementação de solução de Segurança Transfusional, já em curso;
- A implementação de diversos projetos na vertente do Circuito do Medicamento;
- A participação em diversas iniciativas, em matérias relacionadas com Telesaude/Telemonitorização;
- A colaboração em diversas iniciativas e projetos, destinados a garantir a conformidade, funcional e legal, das soluções aplicacionais em uso;
- O desenvolvimento de projetos relacionados com a interoperabilidade entre sistemas, não só no que diz respeito à monitorização dos interfaces já existentes, mas também no que diz respeito ao desenvolvimento de novos interfaces;
- A participação no desenvolvimento da plataforma MyLisboaNorte, composta por uma App, para uso em dispositivos móveis, e por um sistema de gestão de informação (dados/mensagens/episódios), que visa permitir melhorias significativas nos canais de comunicação com utentes e profissionais do CHULN;

- A participação no desenvolvimento de novos Portais Interno (Intranet) e Externo (site chln.pt).

*c) 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 49º do RJSPE),*

No âmbito da **Gestão de Resíduos**: a política de Gestão de Resíduos do CHULN, acompanha as preocupações manifestas pelo Despacho 4860/2013 de 9 de abril no que se refere à necessidade da melhoria da eficiência energética.

Na prossecução do objetivo de transformar o Hospital de Santa Maria num “Hospital Verde”, e dada a importância e a responsabilidade dos hospitais do SNS na Sustentabilidade Ambiental, surgiu o projeto “Santa Maria Green Hospital” no CHULN, com o intuito de assegurar a prossecução e concretização dos seus Objetivos e Medidas.

No âmbito do referido projeto, foi necessário estudar a criação de um novo circuito de equipamentos de deposição seletiva nas áreas públicas e de circulação geral (internas e externas) no HSM, através da instalação de ecopontos em áreas de grande fluxo de Visitantes/Utentes/Profissionais, para a recolha e encaminhamento de resíduos recicláveis (papel/cartão, embalagens de plástico e resíduos indiferenciados).

A implementação do objetivo de instalação de 23 ecopontos tripartidos (3 recetáculos) e 6 ilhas ecológicas no HSM, já adquiridos para o respetivo acondicionamento e/ou deposição seletiva simultânea de diferentes tipologias de resíduos, tais como papel/cartão, embalagens de plástico e resíduos indiferenciados, com implementação iniciada em 2020 foi concluída em 2022.

Futuramente, um sistema de gestão integrada de resíduos recicláveis possibilitará o apuramento de indicadores de sustentabilidade ambiental, como por exemplo: a quantidade de toneladas de papel/cartão encaminhada para reciclagem pelo HSM e o impacto ambiental desta ação (por exemplo a tradução deste indicador em número de árvores).

Na prestação de serviços de **Higiene e Limpeza**, o CHULN mantém, no que concerne à utilização de produtos, uma política amiga do ambiente, utilizando produtos concentrados permitindo a diminuição do número de embalagens, mas, por outro lado, assegurando a sua utilização com as diluições adequadas.

Quanto à higienização das mãos são usados produtos nas quantidades apropriadas, pelo que se disponibiliza, em todos os locais embalagens providas de doseadores. Desta forma, garante-se que não existe desperdício, reduz-se o impacto ambiental deste tipo de resíduos e respeita-se a saúde dos profissionais.

Reafirma-se que os produtos de limpeza adquiridos são respeitadores do ambiente pois são biodegradáveis.

No sentido de prevenir, conter, mitigar a infeção epidemiológica por COVID-19, ao abrigo do Decreto-lei n.º 10-A/2020 que estabelece medidas excecionais e temporárias de resposta à pandemia SARS-CoV-2, foi necessário ao longo do ano 2020, e em função da evolução da pandemia, apurar as necessidades emergentes dos Serviços clínicos do CHULN, em estreita articulação com a Direção de Enfermagem, e implementar medidas de reforço e/ ou complemento à atividade já desenvolvida pela UGH no âmbito das prestações de serviços existentes nas diversas áreas hoteleiras.

Adicionalmente em 2022 verificaram-se necessárias outras medidas adicionais por recursos à manutenção de aquisição de serviços de limpeza e desinfeção a um prestador distinto do prestador de serviços contratualizado, para salvaguarda de possíveis contágios entre colaboradores pertencentes a um único prestador de serviços por via de espaços comuns partilhados e salvaguardando assim a capacidade de manutenção de resposta do CHULN aos Serviços.

#### **Projeto de “bio descontaminação de ar e superfícies”**

A eficácia dos métodos de descontaminação manuais executados pelas brigadas de limpeza não poderiam por si só ser considerados 100% seguros, pois assentava sobretudo no fator humano (os técnicos de limpeza também estavam sujeitos à cadeia de transmissão do SARS-Cov-2) com eventual possibilidade de erro humano no decorrer da execução das desinfeções dando origem a possíveis surtos entre Utentes e Colaboradores de diferentes categorias profissionais que laboravam nos Serviços (Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, etc.).

**A bio descontaminação configurou-se assim como uma solução de extrema importância para a garantia da segurança Profissionais e Utentes do CHULN**, solução essa que foi analisada e estudada pelo Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA) do CHULN, no que diz respeito à sua utilidade enquanto tecnologia de desinfeção ambiental por métodos “non touch” (bio descontaminação), e enquanto complemento importante às descontaminações terminais asseguradas pela brigada de limpeza.

Face aos constrangimentos em termos de atividade no 2021, este modelo não foi possível de implementar.

Adicionalmente e **em complemento às descontaminações terminais** a UGH em estreita parceria com o GCLPPCIRA e o SIE, desenvolveu um projeto de “bio descontaminação de ar e superfícies. No ano de 2021, foi descontaminada uma área total de 58.533 m<sup>3</sup> no CHULN (HSM e HPV), com peróxido de hidrogénio.

Pela complexidade de procedimentos e circuitos (inclusive em estreita articulação com outros departamentos internos do CHULN) e pela necessidade de monitorização e acompanhamento, quer em termos de gasto de consumíveis, quer em termos de encargos para o CHULN, esta necessidade deu origem a uma nova área hoteleira sob a responsabilidade da UGH.

Face ao numero de pedidos recebidos (240 ações de biodescontaminação )no ano de 2022 a UGH apostou na formação de mais Assistentes Operacionais para fazer face a possíveis ausências dos principais operadores afetos a estas tarefas para assegurar uma resposta ininterrupta e em tempo útil.

No âmbito da **responsabilidade ambiental**, em 2022 a UGH assumiu enquanto missão a elaboração e execução de um projeto de “replantação/requalificação de zonas verdes dentro do perímetro do HSM” com trabalhos de plantação de árvores e outras espécies tais como arbustos e sebes em substituição de árvores abatidas dentro do perímetro do CHULN.

O CHULN continuou a implementação da área dos equipamentos médicos dos seguintes projetos que vieram contribuir para a **sustentabilidade** da Instituição:

(i) Substituição de um Aceleradores Lineares para o Serviço de Radioterapia. Este investimento visa manter o CHULN de capacidade de resposta assistencial completa aos doentes oncológicos da sua área de referência, bem como a doentes provenientes de outras instituições do SNS;

(ii) Fornecimento e instalação de ressonância magnética para o Serviço de Imagiologia. Este investimento visa aumentar o CHULN de capacidade de resposta assistencial;

(iii) Remodelação da Unidade de Transplante de Medula Óssea irá permitir aumentar a dotação a nível do internamento do Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula, Aumentar a capacidade de resposta na área de transplantação e potenciar uma gestão mais eficiente e flexível dos recursos disponíveis;

(iv) Remodelação do Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal cujo investimento deve-se ao estado de degradação do edifício e ao aumento da capacidade do Serviço de Nefrologia;

(v) Remodelação da Consulta de Psiquiatria e Neurologia irá criar uma melhor prestação de cuidados de qualidade quer aos doentes de Neurologia quer aos doentes de psiquiatria, através da reabilitação do espaço;

(vi) Requalificação do Bloco de Partos / Urgência de Obstetrícia e Ginecologia que irá permitir oferecer melhores condições de privacidade, conforto e sua modernização.

O CHULN continua empenhado em executar projetos que irão contribuir para a sustentabilidade da Instituição e transformar o HSM num hospital mais amigo do ambiente: Programa Operacional Sustentabilidade e Eficiência no Uso de Recursos, que compreende projetos inovadores para a recuperação e alteração da tipologia técnica de equipamentos, visando a Redução Sustentável dos Consumos de Energia. Estes projetos têm financiamento assegurado, dado que estão integrados na candidatura ao POSEUR, que já foi aprovada e de onde se destaca:

**Construção de Central térmica, Solar Térmico e Gestão técnica** centralizada que consiste na construção de sistemas de produção de energia térmica para a climatização e água quente sanitária, de modo a garantir um funcionamento energeticamente eficiente das instalações, assegurar uma eficaz manutenção e a ininterruptibilidade de fornecimento.

**Produção de água para climatização e água quente sanitária** que será feita na Central térmica, edifício em construção no exterior do edifício do hospital, e através do funcionamento de 4 *chillers*, 3 caldeiras a gás e 91 painéis solares na cobertura da central. Estes fluidos serão distribuídos pelo hospital através de um anel de distribuição, situado no piso -2 do hospital, e várias prumadas a construir nos ductos verticais que serviam os antigos monta- alimentos e monta-sujos.

**Transição para uma frota elétrica** no final de 2022 adquirimos 4 viaturas elétricas ligeiras com recurso a financiamento, 1 veículo ligeiro financiado pelo Fundo Ambiental e 3 carros híbridas, Este esforço de reduzir a pegada de carbono tem como objetivo tornar a instituição mais amiga do ambiente e diminuir os custos de manutenção e impostos.

*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 Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não-Discriminação – Portugal + Igual (ENIND) foi publicada, no dia 21 de maio de 2018 em Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018.

O texto da publicação, refere que a ENIND pretende consolidar os progressos alcançados e perspetivar o futuro da ação governativa, tendo em vista o desenvolvimento sustentável do país que depende da realização de uma igualdade substantiva e transformativa, garantindo simultaneamente a adaptabilidade necessária à realidade portuguesa e sua evolução até 2030, em alinhamento com o já estabelecido na estratégia nacional de promoção da igualdade, estabelecida em 2013 que considerava como requisito de boa governação a perspetiva de género

em todos os domínios de política (*mainstreaming* de género), numa preocupação de integração progressiva da dimensão da igualdade de género nas políticas e nas ações desenvolvidas e promovidas pelos vários departamentos governamentais.

Com esta estratégia em vista, o CHULN já dispõe de um diagnóstico da situação de homens e mulheres na empresa, conforme previsto na Área Estratégica (n.º 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2014), através do Balanço Social (executado e entregue em 20/3/2023, para validação pela ACSS).

No âmbito da não discriminação, o CHULN promove as seguintes:

- Incrementar a utilização de linguagem inclusiva, não discriminatória, na documentação produzida;
- Aplicar o princípio da igualdade de oportunidades na gestão de recursos humanos, nomeadamente recrutamento, seleção e nomeação de cargos de chefia;
- Garantir a equidade na representação de género na composição de júris de procedimentos de seleção e recrutamento, com especial relevância para o género sub-representado;
- Atribuir as licenças de paternidade/maternidade sem discriminações e no estrito cumprimento da lei. O regresso ao trabalho após o gozo da licença de parentalidade é facilitado e, se necessário, facultadas atividades de formação profissional;
- O CHULN promove a conciliação de horários para que os seus colaboradores cumpram as suas obrigações parentais.

No âmbito do investimento na **valorização profissional**, o CHULN promove medidas de valorização dos seus colaboradores a vários níveis, nomeadamente:

- Implementação de uma estrutura formativa disponibilizando cursos de formação gratuita;
- Implementação de um centro de investigação apoiando e incentivando os colaboradores a desenvolverem e a publicarem artigos científicos;
- Incentiva e apoia a realização de eventos científicos internos (jornadas, seminários, congressos);
- Apoia a frequência exterior de cursos formativos de interesse institucional visando a disseminação, posteriormente, dessas técnicas/práticas profissionais;
- Colabora com outras instituições disponibilizando os colaboradores em parcerias institucionais disseminando as boas práticas do CHULN (inclusive reconhecidas por entidades externas) através da colaboração da gestão de projetos e como formadores de cursos e oradores de eventos científicos;
- Promove o desenvolvimento de competências pedagógicas através do papel de tutores de alunos/formandos nacionais e estrangeiros (com especial relevância para a UE e os PALOP) de cursos da saúde abrangendo vários grupos profissionais e diversas modalidades formativas;

- Estabelece parcerias com instituições de ensino/formação visando o intercâmbio entre a praxis clínica e o ensino teórico e prático.

*d) Referência a medidas concretas no que respeita ao Princípio da Igualdade do Género, conforme estabelecido no n.º1 da Resolução do Conselho de Ministros n.º19/2012, 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;*

Ver ponto anterior 2.c).

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

Ver ponto anterior 2.c).

*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.º1 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.).*

No objeto dos eixos estratégicos do CHULN encontra-se o desenvolvimento de atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde. Daqui decorre a estreita ligação à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e outras instituições de ensino/investigação, nomeadamente no âmbito do Centro Académico de Medicina de Lisboa.

O CHULN, EPE afirmou-se no SNS como instituição de referência, tendo sido reconhecido pela Direção Geral de Saúde, 17 centros de referência. Foi pela Entidade Reguladora da Saúde reconhecida a excelência clínica em 12 áreas clínicas e 4 áreas transversais. Integra o Health Cluster, o EIT Health e promove a inovação em áreas clínicas, em 6 projetos a executar no período 2020/2022. Constituiu um Gabinete de Inovação e Desenvolvimento (CI n.º 16/2020 de 29.5) destinado a apoiar as iniciativas relevantes no campo da inovação e a propor o melhor enquadramento e meios de execução.

Na área da investigação clínica, foi reforçada a estrutura de coordenação, no sentido de garantir a centralização gradual da instrução e acompanhamento da execução dos projetos, de forma a melhorar a competitividade do CHULN (muito embora seja a instituição hospitalar com maior número de ensaios clínicos em curso), quanto às condições de execução, celeridade da instrução e massa crítica de participantes.

Em 2021, foram iniciados 62 estudos clínicos, envolvendo centenas de doentes, com acesso precoce a terapêuticas inovadoras. Os proveitos globais representaram mais de 1,8 milhões de euros.

O estímulo e participação nas atividades de investigação é encarado pelo CHULN como um fator acrescido de motivação e sustentabilidade das equipas clínicas, em termos de atração e retenção de colaboradores de elevado potencial.

Foram dados alguns passos decisivos na instalação, espera-se, do primeiro centro de ensaios clínicos fase I, em parceria com um dos mais reputados operadores internacionais.

Em 2021 aplicou-se o novo regulamento de ensaios clínicos, desenvolvido em contexto de ampla participação dos dirigentes e investigadores.

## X. Avaliação do Governo Societário

*1. Menção á disponibilização em SIRIEF da ata da reunião da Assembleia Geral, Deliberação Unanime por escrito ou Despacho que contemple a aprovação dos documentos 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 verificado ainda a sua aprovação, menção específica desse fato.*

A aprovação do Relatório e Contas e do Relatório do Governo Societário constam da ata nº 17/2022 de 7 de abril.

*2. Verificação do cumprimento das recomendações recebidas<sup>16</sup> 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<sup>17</sup> deverá ser incluída:*

---

<sup>16</sup> Reporta-se também às recomendações que possam ter sido veiculadas a coberto de relatórios de análise da UTAM incidindo sobre Relatório de Governo Societário do exercício anterior.

<sup>17</sup> A informação poderá ser apresentada sob a forma de tabela com um mínimo de quatro colunas: “Referência”; “Recomendação”; “Aferição do Cumprimento”; e “Justificação e mecanismos alternativos”.



- a) *Informação que permita aferir o cumprimento da recomendação ou remissão para o ponto do relatório onde a questão é desenvolvida (capítulo, subcapítulo, secção e página);*
- b) *Em caso de não cumprimento ou cumprimento parcial, justificação para essa ocorrência e identificação de eventual mecanismo alternativo adotado pela empresa para efeitos de prossecução do mesmo objetivo da recomendação.*

A instituição não recebeu qualquer recomendação relativamente aos pontos acima referidos.

- 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.*

O CHULN publica na sua *intranet* e no seu *site de internet* o Relatório e Contas e o Relatório do Governo Societário, na íntegra.

## **XI. ANEXOS DO RGS**

*Anexo 1. Justificação dos desvios aos objetivos CP 2022*

*Anexo 2. Elementos curriculares dos membros do Conselho de Administração*

*Anexo 3. Elementos curriculares dos membros do Conselho Fiscal*

*Anexo 4. Distribuição de responsabilidades de tutela de Órgãos, Departamentos, Serviços, Gabinetes e Áreas dos membros do Conselho de Administração.*

*Anexo 5. Declarações a que se refere o artigo 52.º do RJSPE.*

*Anexo 6. Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o n.º2 do artigo 54.º do RJSPE.*

*Anexo 7. Extrato da Ata da Reunião de Conselho de Administração com a aprovação e ratificação, do Relatório e Contas e Relatório do Governo Societário de 2022.*

*Anexo 8. RGS – Quadro Síntese*

# **Anexo 1**

**Justificação dos desvios aos objetivos CP 2022**

**CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE**  
**DEMONSTRAÇÃO DOS RESULTADOS POR NATUREZA**

RENDIMENTOS E GASTOS	Acumulado ano 2021	Acumulado ano 2022	Orçamento ano 2022 *	Variação homóloga		Desvio face ao Orçamento	
				em valor	em %	em valor	em %
Impostos, contribuições e taxas	2 794 236 €	2 848 655 €	4 500 000 €	54 419 €	1,9	-1 651 345 €	-36,7
Vendas	8 881 €	12 254 €	5 000 €	3 373 €	38,0	7 254 €	145,1
Prestações de serviços e concessões	370 066 234 €	440 183 116 €	446 685 383 €	70 116 882 €	18,9	-6 502 267 €	-1,5
Transferências e subsídios correntes obtidos	104 742 556 €	50 439 564 €	51 685 859 €	-54 302 993 €	-51,8	-1 246 295 €	-2,4
Variações nos inventários da produção							
Trabalhos para a própria entidade	1 809 064 €	1 781 109 €	1 800 000 €	-27 955 €	-1,5	-18 891 €	-1,0
Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	-231 071 707 €	-239 803 608 €	-243 332 892 €	8 731 901 €	3,8	-3 529 284 €	-1,5
Fornecimentos e serviços externos	-68 639 512 €	-77 732 278 €	-80 475 043 €	9 092 766 €	13,2	-2 742 765 €	-3,4
Gastos com o pessoal	-225 034 469 €	-239 602 332 €	-233 887 384 €	14 567 864 €	6,5	5 714 948 €	2,4
Transferências e subsídios concedidos							
Prestações sociais							
Imparidade de inventários (em termos líquidos: perdas/reversões)							
Imparidade de dívidas a receber (em termos líquidos: perdas/reversões)	-138 134 €	9 634 €		-147 769 €	-107,0	-9 634 €	
Provisões (em termos líquidos: aumentos/reduções)	-2 191 023 €	-512 684 €	-800 000 €	-1 678 339 €	-76,6	-287 316 €	-35,9
Imparidade de investimentos não depreciables/amortizáveis (em termos líquidos: perdas/reversões)							
Aumentos/reduções de justo valor							
Outros rendimentos e ganhos	16 330 326 €	17 806 959 €	16 500 000 €	1 476 633 €	9,0	1 306 959 €	7,9
Outros gastos e perdas	-1 146 394 €	-2 030 358 €	-1 000 000 €	883 964 €	77,1	1 030 358 €	103,0
<b>Resultados antes de depreciações e gastos de financiamento</b>	<b>-32 469 941 €</b>	<b>-46 599 969 €</b>	<b>-38 319 077 €</b>	<b>-14 130 028 €</b>	<b>43,5</b>	<b>-8 280 892 €</b>	<b>21,6</b>
Gastos/reversões de depreciação e amortização	-11 221 050 €	-11 179 753 €	-12 000 000 €	-41 297 €	-0,4	-820 247 €	-6,8
Imparidade de investimentos depreciables/amortizáveis (perdas/reversões)							
<b>Resultado operacional (antes de gastos de financiamento)</b>	<b>-43 690 991 €</b>	<b>-57 779 722 €</b>	<b>-50 319 077 €</b>	<b>-14 088 731 €</b>	<b>32,2</b>	<b>-7 460 645 €</b>	<b>14,8</b>
Juros e rendimentos similares obtidos	27 326 €	2 941 €	15 000 €	-24 386 €	-89,2	-12 059 €	
Juros e gastos similares suportados	-43 985 €	-35 239 €	-40 000 €	-8 746 €	-19,9	-4 761 €	
<b>Resultado antes de impostos</b>	<b>-43 707 649 €</b>	<b>-57 812 020 €</b>	<b>-50 344 077 €</b>	<b>-14 104 371 €</b>	<b>32,3</b>	<b>-7 467 943 €</b>	<b>14,8</b>
Imposto sobre o rendimento	-38 000 €	-35 000 €		-3 000 €	-7,9	35 000 €	
<b>Resultado líquido do período</b>	<b>-43 745 649 €</b>	<b>-57 847 020 €</b>	<b>-50 344 077 €</b>	<b>-14 101 371 €</b>	<b>32,2</b>	<b>-7 502 943 €</b>	<b>14,9</b>
<b>Variação dos Gastos relevantes para EBITDA</b>	<b>-528 221 239 €</b>	<b>-559 681 261 €</b>	<b>-559 495 319 €</b>	<b>31 450 387 €</b>	<b>6,0</b>	<b>-185 942 €</b>	<b>0,0</b>
<b>Variação dos Rendimentos relevantes para EBITDA</b>	<b>495 751 298 €</b>	<b>513 081 292 €</b>	<b>521 176 242 €</b>	<b>17 320 359 €</b>	<b>3,5</b>	<b>-8 094 951 €</b>	<b>-1,6</b>
<b>EBITDA</b>	<b>-32 469 941,20 €</b>	<b>-46 599 968,91 €</b>	<b>-38 319 076,64 €</b>	<b>48 770 746,65 €</b>	<b>43,5</b>	<b>-8 280 892,27 €</b>	<b>21,6</b>

\* de acordo com a Demonstração de Resultados incluída no Contrato Programa 26/08/2022

## **Anexo 2**

### **Elementos Curriculares dos membros do Conselho de Administração**

### **Presidente CA – Joaquim Daniel Lopes Ferro**

Data de Nascimento: 14 de junho de 1961

Formação académica e profissional: Licenciatura em Direito (79/84) pela FDL; Curso Pós-Graduação em Administração Hospitalar; Curso Pós-Graduação em Estudos Europeus (87/88) pela FDL; Mestrando em Recursos Humanos (03/05) pelo ISCTE

Funções e Cargos Desempenhados:

- Administrador Hospitalar, Recursos Humanos, Hospital Pulido Valente (86/90);
- Administrador Delegado no Hospital Nossa Senhora do Rosário, Barreiro (90/91);
- Administrador Hospitalar, Departamento da Dor e Emergência no Hospital Garcia de Orta, Almada, (91 e 93);
- Administrador Hospitalar, Área de Recursos Humanos, Hospital Santa Maria, (94/97);
- Administrador Delegado no Hospital Nossa Senhora do Rosário, Barreiro (97/02);
- Administrador Hospitalar e Assessor do Conselho de Administração do Hospital de São José e o Centro Hospitalar de Lisboa Zona Central, (03/04);
- Diretor-geral do Hospital de St. Louis e Assessor do Grupo Português de Saúde, Lisboa, (05);
- Vogal executivo do Conselho de Administração do Hospital de Santa Marta, E. P. E., (06/07);
- Vogal executivo do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Zona Central, (06/07);
- Vogal executivo do Conselho de Administração do Hospital de D. Estefânia, (06/07);
- Vogal do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Central, E. P. E., (07/10);
- Presidente do Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta, Almada (10/18);
- Orientação e discussão de estágios, dissertações, Curso de Pós-Graduação em Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, (88/...);
- Assistente convidado, Planeamento e Controlo de Gestão, Mestrado Gestão dos Serviços de Saúde, ISCTE/INDEG (99/04);
- Assistente convidado, Gestão de Recursos Humanos, Curso Pós-Graduação em Gestão Integrada de Unidades de Saúde, Universidade Lusófona (03/04);
- Formador, Departamento Recursos Humanos do Ministério da Saúde de Angola, formação de chefias e dirigentes intermédios (02);
- Assistente, Gestão de Recursos Humanos, Curso de Pós-Graduação em Administração da Saúde em Angola, ENSP e FM Luanda (03/04);

- Assistente convidado, Estratégia Empresarial, Mestrado Gestão Unidades de Saúde, Universidade Lusófona (10/...).

Outras atividades relevantes:

24 Comunicações em seminários, jornadas, *workshops*, congressos no país e no estrangeiro sobre Gestão de Recursos Humanos, Gestão da Qualidade, Planeamento e Controlo de Gestão, etc.; 6 trabalhos/artigos publicados em livros e revistas da especialidade sobre Gestão Hospitalar, Gestão de Recursos Humanos e Gestão da Qualidade; 1 Livro publicado sobre Organização e Gestão de Arquivos Clínicos, editado pelo Ministério da Saúde.

### **Vogal do CA (Diretor Clínico) – Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro**

Data de nascimento: 20 de julho de 1972

Formação académica e profissional: Licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (1996); Especialista em Medicina Interna (2004); Frequência do Mestrado de Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (2009); Grau de Consultor/Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna (2015); Assistente Hospitalar Graduado Sénior de Medicina Interna (2020). Formação complementar - Programa de Alta Direção de Unidades de Saúde da AESE, Escola de Direção e Negócios (2016).

Funções e Cargos Desempenhados

- Diretor Clínico e Vogal Executivo do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. (2016 -2019);
- Adjunto da Diretora Clínica do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. (áreas médicas, informatização clínica e acompanhamento da atividade e indicadores) (2015-2016);
- Assessor do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (área hospitalar, nomeadamente contratualização, internatos médicos, redes de referência e organização das urgências hospitalares) (2009-2011);
- Coordenador do Sector de Monitorização de Reações Adversas a Medicamentos do INFARMED, I. P. (2002-2005);
- Chefe de Equipa de Urgência do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E. (2008 -2016);

- Responsável de Unidade Funcional de enfermaria de Medicina Interna do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E. (2005-2016);
- Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (desde 1998).

Outras atividades relevantes:

- Investigação Clínica nas áreas de «Análise de Resultados em Saúde», «Epidemiologia» e «Investigação em Serviços de Saúde»;
- Autor e coautor de diversas comunicações científicas em congressos nacionais e internacionais e de publicações em revistas científicas nacionais e internacionais na área da Medicina;
- Membro da Comissão de Avaliação de Medicamentos e da Comissão de Avaliação de Tecnologias da Saúde do INFARMED, I. P. (desde 2016);
- Orientador de formação de Internos do Internato Complementar de Medicina Interna e Membro de júris de avaliação final de Internato Complementar;
- Consultor Médico para a área da Epidemiologia do Centro Estudos Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (2007-2015).

#### **Vogal do CA (Enfermeira Diretora) - Ana Paula Dias Costa Fernandes**

Data de nascimento: 16 de junho de 1958

Formação académica e profissional: 2006 — Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde (ISCTE); 1993 — Curso de Administração em Serviços de Enfermagem (EEMFR); 1990 — Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação (EEMFR); 1979 — Curso Geral de Enfermagem, com equivalência ao grau de Bacharelato (EESVP).

Funções e cargos desempenhados:

- 01.2011 a 2019 (16.maio) - Enfermeira Supervisora com funções de Enfermeira Adjunta da Enfermeira Diretora do CHLN, EPE.;
- 2010 (dez) - Vogal do Conselho Diretivo da ARSLVT, I. P.;
- 2007 -2008 - Enfermeira Diretora do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão;
- 2003 -2007 - Enfermeira Supervisora do HSM;
- 2003 -2005 - Enfermeira Diretora do Hospital de Santa Maria (de 17.11.2003 a 31.05.2005);
- 2000- 2003 - Enfermeira Supervisora com funções de Enfermeira Adjunta da Enfermeira Diretora do HSM;
- 1998 -2000 - Enfermeira Chefe, Serviço de Pneumologia/ Consulta de Pneumologia;
- 1996 - 1998 - Enfermeira Supervisora com funções de Enfermeira Adjunta da Enfermeira Diretora do HSM;



- 1993 -1996 - Enfermeira Chefe, Serviço de Medicina 3, sector D;
- 1990 - 1993 - Enfermeira Especialista, com funções de chefia, Serviço de Medicina 1, sector A,
- 1980 - 1990 – Enfermeira de cuidados gerais, nos Serviços de Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Urgência Central e UCI de Doenças Infeciosas.

Outras atividades relevantes:

- Representante da Comissão Executiva da DE Conselho Coordenador Avaliação/ SIADAP Enfermeiros,
- Vogal efetiva da Comissão Paritária, enquanto Representante de Administração e responsável por todo o processo do polo HSM.
- Instrutora de vários Processos internos de averiguações.
- Vogal efetivo/ Presidente de Júris de diferentes Concursos internos gerais de acesso e de ingresso.
- Participação na organização da «Reflexão Estratégica», promovido pelo INA e pelo Conselho de Administração do HSM. Atividade docente 2017–2013.
- Arguente de Provas de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Gestão em Enfermagem (10)
- Regente da Cadeira de Políticas e Administração da Saúde da Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica. 2008-2007
- Comissão organizadora de vários eventos científicos promovidos pelo CHULN.
- Palestrante convidada em diversos Congressos e Jornadas.
- Membro dos Órgãos Sociais da Ordem dos Enfermeiros (1999) e Elemento suplente da Comissão de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação.
- Membro dos Corpos Gerentes da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (1999 a 1995).
- Convidada a integrar o grupo de formadores do Departamento de Recursos Humanos da Saúde — Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional (Avaliação do Desempenho) (1996).
- Colaboração na revisão da tradução do livro “A Garantia da Qualidade no Exercício de Enfermagem» (Associação Católica de Enfermeiros) (1995).

### **Vogal Executiva – Maria de Lourdes Caixaria Bastos**

Data de Nascimento: 29 de julho de 1957

Formação académica e literária: Licenciatura em Relações Económicas Internacionais (1982); Licenciatura em Economia (1987); Pós-graduação em Administração Hospitalar (1994); Formação complementar — Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde AESE — Escola de Direção e Negócios — 2006); CAGEP — Curso Avançado de Gestão Pública (INA — 2006).

Funções e cargos desempenhados:

- Vogal Executivo do CA do H. Garcia de Orta, EPE (2010/2018);
- Vogal executivo do CA do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E.;
- Administradora responsável pelo Serviço de Gestão da Qualidade do Hospital Nossa Senhora do Rosário, E. P. E. (setembro de 2008 a agosto de 2009);
- Vice-presidente do CD da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P. (fevereiro de 2007 a agosto 2008);
- Vogal do CA da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (maio de 2005 a fevereiro de 2007);
- Adjunta do Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde (abril a maio de 2005);
- Administradora responsável pela Direção do Serviço de Aprovisionamento do Centro Hospitalar de Lisboa Central (novembro de 2004 a abril 2005);
- Administradora responsável pela área dos MCDT no Hospital de S. José (2002 -2004);
- Administradora-delegada no Hospital Rainha Santa Isabel — Torres Novas (2000 -2002);
- Administradora responsável pelos sistemas de informação para a gestão, pelo Serviço de Gestão de Doentes e pelo Serviço de Gestão de Recursos Humanos no Hospital José Joaquim Fernandes — Beja (1998 -2000);
- Integrou a Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde no âmbito da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (1996 -1998);
- Administradora responsável pela Direção dos Serviços Financeiros do Hospital de S. José (1995 -1996);
- Administradora responsável pela reorganização do sistema de faturação e cobrança de prestação de serviços no Hospital de S. José (1994);
- Quadro superior numa empresa de consultoria em comércio internacional (1982 -1992).

Outras atividades relevantes:

Membro de várias comissões e grupos de trabalho, nomeadamente:

- Comissão técnica de avaliação das propostas concorrentes à gestão do Hospital Amadora -Sintra;
- Grupo de trabalho nacional para implementação da contabilidade analítica nos hospitais; vogal efetivo das comissões de avaliação das propostas, no âmbito do projeto das parcerias público-privadas, para os Hospitais de, Loures e Vila Franca de Xira;
- Foi preletora e formadora de vários cursos de formação na área de gestão de serviços de saúde.

### **Vogal Executivo – Pedro de Andrade Pais Pinto dos Reis**

Data de Nascimento: 20 de junho de 1971

Formação académica e literária: 1998 - Licenciatura em Economia, pela Universidade Lusíada de Lisboa; 2001 - XXIX Curso Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública (UNL); 2014 - I Mestrado em Gestão da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (UNL).

Funções e cargos desempenhados:

- 1998-2001, Técnico Superior - Serviços Financeiros e Estatística (de janeiro a Maio2000), HSM;
- 2001/06, HSM, Administrador Hospitalar – Departamento de MCDT e Serviços Farmacêuticos (2001/02);
- 2004/06, Membro grupo de trabalho para elaboração Plano Estratégico Modernização HSM;
- 2005/06, HSM, Administrador Hospitalar - Departamento Neurociências e Saúde Mental;
- 2006/11, Administrador Delegado - Centro Medicina Reabilitação Alcoitão (SCML);
- 2012, Administrador Hospitalar, Anestesiologia, Cirurgia I, Transplantação e BO (CHLN);
- 2012/16, Vogal Executivo CA do CHO, com pelouros: Instalações e Equipamentos, Aprovisionamento, Hoteleiros, Gestão Doentes, Farmacêuticos, Planeamento e Informação Gestão.

Outras atividades relevantes:

- 2001/03 Consultor projetos e estudos em Saúde, Núcleo Projetos SAUDEC/SUCH, DGS;
- 2003 - Consultor Gabinete Informação e Controlo Gestão, Hospital Júlio Matos;
- 2009 - Membro de missão trabalho multidisciplinar e pluri-institucional na Guiné-Bissau;
- 2010 – Formador, Curso Gestão Hospitalar - Diretores e Diretores Clínicos na Guiné-Bissau;
- 2001 - Prémio APAH/Novartis – Prof. Augusto Mantas (melhor dissertação CEAH/ENSP);
- 2009-2011 - Membro do Conselho Editorial da Revista Cidade Solidária (SCML);

## **Anexo 3**

**Elementos curriculares dos membros do Conselho Fiscal**

**Presidente do Conselho Fiscal: José Maria Monteiro de Azevedo Rodrigues**

Data de nascimento: 5 de março de 1952

Habilitações Académicas: Licenciado em Finanças pelo Instituto Superior de Economia, Mestrado em Organização e Gestão de Empresas.

Atividade Profissional:

Vice-reitor da área das finanças e professor associado convidado no ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa, com funções de coordenação e docência em matérias de Controlo de Gestão, de Finanças e de Contabilidade. Administrador não executivo na Caixa Geral de Depósitos, 2017, Revisor Oficial de Contas e sócio da “ABC - Azevedo Rodrigues, Batalha, Costa & Associados, Sociedade de Revisores Oficiais de Contas” exercendo, em representação desta sociedade funções de Fiscal Único e Membro do Conselho Fiscal. Presidente do Conselho Fiscal da Associação Ciência Viva, do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte e da Federação Portuguesa de Basquetebol.

Foi bastonário da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas e Presidente do Conselho Diretivo (2012-2017) Foi vogal do CD desde (2000-2011) e Presidente da Comissão de Inscrição e do Júri de Exame para revisor oficial de contas no mesmo período. Foi diretor de Mestrado Executivo e de programas de especialização na área de Controlo e de Gestão e Performance, onde leciona. Tem vindo a apoiar a conceção e implementação de modelos de controlo de gestão e performance em empresas e grupos económicos nacionais e internacionais.

Autor e coautor de diversas obras nas áreas da gestão, finanças e contabilidade, tais como, *O Controlo de Gestão –Ao serviço da Estratégia e dos Gestores* (Áreas Editora - 11ª ed.) *Elementos de Cálculo Financeiro* (Áreas Editora-9ª edição), *Práticas de Consolidação de Contas* (Áreas Editora-3ª ed.) e *Contabilidade e Finanças para a Gestão* (Áreas Editora - 5ª ed.) *Elementos de Contabilidade Geral* (Áreas Editora-27ª ed.), *Analisar a performance financeira – uma visão multidimensional*, coleção Áreas Global (Áreas Editora-2ª Edição), *Descentralizar e responsabilizar por resultados – A organização em centros de responsabilidade*, coleção Áreas Global (Áreas Editora), *Apurar resultados de acordo com os processos – O CBA, custeio baseado nas atividades*, coleção Áreas Global (Áreas Editora), *As novas demonstrações financeiras – de acordo com as IAS* (Áreas Editora – 2ª ed.).

Câmara Municipal de Lisboa - janeiro a setembro de 1992 - Assessor do Diretor Municipal da Direção de Administração Geral e Gestão de Recursos Humanos;

Portline - Transportes Marítimos Internacionais, SA - julho a novembro de 1991 - Técnico Superior.

Obra: “Regime Geral da Função Pública”, 2009, Edição de autor, em coautoria com Maria Laura Veríssimo Dias.

**Vogal efetivo do Conselho Fiscal:** Carla Sofia Reis Santos

Data de nascimento: 13 de agosto de 1969

Habilitações Académicas:

Licenciada em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa (1992), pós-graduada em Estudos Europeus pelo Instituto Europeu da mesma Universidade (1995) e em Gestão e Controlo Financeiro e Orçamental pela Universidade Nova de Lisboa (2018).

Exerce atualmente o cargo de Inspetora de Finanças Diretora na IGF – Autoridade de Auditoria, organismo onde ingressou em março de 1996 na carreira de Inspeção, sendo responsável pela direção operacional de projetos na área da contratação pública e do controlo financeiro e orçamental.

Docente convidada da NOVA Information Management School (NOVA IMS) – Universidade Nova de Lisboa (desde 2017). Vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte (desde novembro de 2017). Formadora na área da contratação pública no INA e em diversos organismos públicos. Vogal do Conselho de Administração da SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (agosto de 2011 a fevereiro de 2014). Assistente convidada do Instituto Superior de Educação e Ciências (ISEC), de 2007 a 2011. Diretora de Serviços Jurídicos e de Contencioso da Inspeção-Geral das Atividades Culturais (fevereiro de 2010 a agosto de 2011). Subdiretora-Geral do Instituto Geográfico Português (junho de 2006 a janeiro de 2010). Diretora de Serviços de Monitorização Ambiental da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo (fevereiro a junho de 2006). Vice-Presidente do Serviço Nacional de Bombeiros e Proteção Civil (dezembro de 2004 a fevereiro de 2006). Assessora do Gabinete de Sua Excelência o Ministro da Administração Interna (abril de 2003 a dezembro de 2004). Advogada (outubro de 1992 a março de 1996).

#### Quadro 19 – Cargos exercidos em simultâneo

Nome	Outros cargos ou funções
José Maria Monteiro de Azevedo Rodrigues	Administrador não executivo na Caixa Geral de Depósitos
	Professor associado convidado e Vice-Reitor no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa
	Revisor Oficial de Contas e sócio da ABC-Azevedo Rodrigues. Batalha Costa e Associados, SROC, Lda.
Carla Sofia Reis Santos	Inspetora de Finanças Diretora no IGF – Autoridade de Auditoria
	Docente convidada da NOVA Information Management School da Universidade Nova de Lisboa

## **Anexo 4**

### **Distribuição de responsabilidades de tutela de Órgãos, Departamentos, Serviços, Gabinetes e Áreas dos membros do CA**

CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO  
LISBOA NORTE, E.P.E.



Hospital  
Público-Alentejo

### Delegação de Competências

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E., reunido a 23 de maio de 2019, delibera:

1- Ao abrigo do disposto nos artigos 40.º e 41.º do Código de Procedimento Administrativo, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 40019, de 7 de janeiro, e nos termos dos Estatutos constantes do Anexo II do Decreto-Lei n.º 162017, de 10 de fevereiro, aplicáveis ao Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E., por força do disposto no n.º 1 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 282008, de 8 de fevereiro, que remete para o regime jurídico e Estatutos aplicáveis às unidades de saúde com natureza de entidades públicas empresariais (Decreto-Lei n.º 162017, de 10 de fevereiro), delega nos seus membros, eleitos indistintamente, as seguintes competências:

1. No Presidente do Conselho de Administração, Dr. Joaquim Daniel Lopes Ferro, a coordenação gerência de todas as áreas e especificamente a direção, gestão e coordenação das áreas e setores que lhe estão afetos, incluindo a competência para:

- 1.1 Representar o serviço ou organismo que dirige, assim como estabelecer as ligações externas, ao seu nível, com outros serviços e organismos de Administração Pública e com outras entidades congéneras, nacionais, internacionais e estrangeiras, incluindo a assinatura de toda a correspondência com o exterior;
- 1.2 Ordenar a instauração de processos de inquérito, sindicâncias e disciplinares.

#### Relativamente às áreas e setores sob a sua gestão:

- 1.3 Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários;





- 1.4 Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes de sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevisíveis;
- 1.5 Autorizar a formação profissional, a realização de estágios, congressos ou iniciativas semelhantes, subjugando os respetivos instrumentos de execução;
- 1.6 Autorizar a participação de trabalhadores em juízo de concursos noutros instituições.

2. No cargo, Sr. Pedro de Andrade Pires Pinto dos Reis, as competências de gestão corrente dos serviços sob a sua direção, gestão e coordenação, incluindo a competência para

No âmbito das recursos humanos, com exceção das competências específicas delegadas ao Diretor Clínico e ao Enfermeiro Chefe

- 2.1 Homologar as avaliações de desempenho;
- 2.2 Praticar todos os atos subsequentes à abertura de concursos, com exceção da decisão de recurso hierárquico;
- 2.3 Outorgar os contratos de pessoal, seja qual for a sua modalidade, incluindo os instrumentos de mobilidade geral dos trabalhadores;
- 2.4 Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários;
- 2.5 Autorizar o trabalho a tempo parcial, bem como o regresso ao regime de tempo completo;
- 2.6 Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes de sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevisíveis;
- 2.7 Autorizar a reflexão interna de trabalhadores;
- 2.8 Autorizar a formação profissional, a realização de estágios, congressos ou iniciativas semelhantes, subjugando os respetivos instrumentos de execução;
- 2.9 Admitir o estatuto de trabalhador estudante;
- 2.10 Autorizar pedidos de equiparação a terceiros no país ou no estrangeiro;



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA



- 2.11 Autorizar a participação de trabalhadores em júris de concursos locais (instituições);
- 2.12 Conceder licenças e despesas e autorizar o regresso à atividade, nos termos da lei;
- 2.13 Autorizar a atribuição de abonos e regalias a que os trabalhadores tenham direito, nos termos da lei, bem como o processamento dos abonos ou despesas com a aquisição de bilhetes ou bilhete de transporte e de alojio de custo antecipado ou não, no caso de deslocações em serviço em território nacional, devidamente autorizadas;
- 2.14 Justificar e injustificar faltas;
- 2.15 Promover a verificação domiciliar de tempo;
- 2.16 Promover a submissão de trabalhadores a júris médicos de ADOE (e) de Segurança Social;
- 2.17 Autorizar pedidos de apresentação a Júris Médicos;
- 2.18 Praticar todas as atos relativos à tramitação de processos de apresentação e reforme dos trabalhadores, assim como os atos respeitantes aos regimes de proteção social correspondentes;
- 2.19 Assinar a correspondência ou expediente necessário e autorizar subscrições em Diário da República;
- 2.20 Autorizar a passagem de certidões, a emissão de cópia de documentos e a restituição de documentos aos interessados;
- 2.21 Autorizar a destruição de documentos respeitantes a concursos, nos termos de legislação em vigor.

Finalmente as áreas e serviços sob a sua gestão:

- 2.22 Autorizar as despesas inerentes a procedimentos de aquisição de bens e serviços, incluindo empreitada de obras públicas, até ao montante de € 200 000,00 (duzentos mil euros), compreendendo a autorização de abertura de procedimentos, a escolha do procedimento a adotar e a prática dos demais atos necessários para a formação dos contratos, abrangendo a decisão de qualificação dos concorrentes, a decisão de adjudicação, e a aprovação dos



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA



Hospital  
Público Nacional

mínimas de contratos, bem como a representação do Centro Hospitalar na respetiva outorga;

- 2.23 Promover as ações consequentes ao ato de submissão de propostas e do início do procedimento cujo valor não exceda o agente delegado;
- 2.24 Designar os juízes e delegar a competência para proceder à avaliação prévia, mesmo nos procedimentos de valor superior ao agente delegado;
- 2.25 Conceder adiantamentos a empreitadas e fornecimentos de bens e serviços, desde que cumpridas as condições previstas no Código de Contratação Pública;
- 2.26 Assumir a correspondência e expediente necessário, no âmbito das competências acima delegadas;
- 2.27 Autorizar o estado de bens após parecer do Núcleo de Património;
- 2.28 Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários;
- 2.29 Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, autorizar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imprevistas ou imprevistas;
- 2.30 Autorizar a formação profissional, a realização de viagens, compreendendo as iniciativas semelhantes, subjugando os respetivos instrumentos de execução;
- 2.31 Autorizar a participação de trabalhadores em júris de concursos noutros institutos;
- 2.32 Assumir a correspondência e expediente necessário;
- 2.33 Substituir a Vogal Dra. Maria de Lourdes Oliveira Bastos, nas suas ausências e impedimentos.

- 3. Na Vogal, Dra. Maria de Lourdes Oliveira Bastos, as competências de gestão corrente dos serviços sob a sua direção, gestão e coordenação, incluindo a competência para



- 3.1 Autorizar a constituição de funções permanentes das delegações de orçamento, com exceção das rubricas referentes a pessoal, até ao limite de um sub-sistema;

**Assinado eletronicamente**  
Dr. Pedro Espinho  
Presidente do Conselho de Administração  
do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E.

Assinado eletronicamente  
Dra. Maria de Lourdes Oliveira Bastos  
Vogal do Conselho de Administração  
do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E.



- 3.2 Autorizar o pagamento até ao montante de € 200.000,00 (duzentos mil euros), nos empreendimentos de obras públicas e na aquisição e prestação de bens e serviços;
- 3.3 Autorizar o pagamento de todas as despesas, previamente aprovadas, nos termos legais;
- 3.4 Dar balanço mensal à Assembleia;
- 3.5 Assegurar a regularidade da cobrança de dívidas e autorizar a realização e pagamento das despesas previamente autorizadas;
- 3.6 Autorizar reembolsos de pagamentos efetuados ou em duplicado ao Centro Hospitalar nos termos da legislação em vigor;
- 3.7 Declarar as dívidas como insolvíveis nos termos da legislação aplicável;
- 3.8 Autorizar a emissão e substituição de facturas;
- 3.9 Autorizar as despesas com seguros, não previstas no n.º 2 do artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 107/80 de 8 de junho, nos termos e sem prejuízo do disposto no mesmo preceito;
- 3.10 Autorizar a emissão de termos de responsabilidade relativos às destituições de doentes e outras unidades de saúde, para efeitos de realização de exames e tratamentos, que o Centro Hospitalar não tenha condições de realizar;
- 3.11 Autorizar a constituição de fundos de manuseio, nos termos da lei;
- 3.12 Assinar contratos, a exceção de bens imóveis;
- 3.13 Autorizar a realização de cirurgias adicionais e o transporte de doentes para estabelecimentos de saúde não integrados no Centro Hospitalar no âmbito da Unidade Local de Saúde de Acores (ULS/A);
- 3.14 Autorizar a assistência médica de grande especialização no estrangeiro, nos termos da legislação em vigor;
- 3.15 Substituir o Vogal Dr. Pedro de Andrade Pais Pinto dos Reis, nos seus ausências e impedimentos.

#### Reativamento de áreas e serviços não a sua gestão

- 3.16 Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os respetivos horários;

  
António Aguiar  
Presidente da Assembleia  
de Administração  
do Centro Hospitalar  
Universitário Lisboa Norte

  
António Aguiar  
Presidente da Assembleia  
de Administração  
do Centro Hospitalar  
Universitário Lisboa Norte

- 3.17 Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a ele referentes, avaliar o gozo de férias antes da sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevisíveis;
  - 3.18 Autorizar a formação profissional, a realização de estágios, congressos ou iniciativas semelhantes, subjugando os respetivos instrumentos de aprovação;
  - 3.19 Autorizar a participação de trabalhadores em júris de concursos locais/institucionais;
  - 3.20 Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, sobre queixas e reclamações apresentadas pelos utentes, de âmbito não assistencial;
  - 3.21 Assegurar a correspondência e expediente necessário.
4. No Hospital o Diretor Clínico, Dr. Luís Filipe Ferreira dos Santos Pinheiro, as competências de gestão e coordenação das áreas clínicas, incluindo relativamente à carreira médica, técnica superior de saúde e técnica superior de diagnóstico e terapêutica, e competência para
- 4.1 Praticar todas as atos subsequentes à abertura de concursos, exceto a decisão de recurso hierárquico e a homologação de listas classificativas;
  - 4.2 Aprovar os horários de trabalho e respetivas alterações, nos termos das ordens definidas pelo Conselho de Administração;
  - 4.3 Autorizar a prestação de serviço de urgência em regime de prevenção e chamada, nos termos definidos no modelo organizativo aprovado pelo Conselho de Administração;
  - 4.4 Autorizar a composição das equipas de urgência interna e externa, nos termos definidos no modelo aprovado pelo Conselho de Administração;
  - 4.5 Autorizar a dispensa de prestação do serviço de urgência e a redução horária nos termos previstos na lei;



**Conselho de Administração**

Dr. João Gonçalves  
Presidente  
Dr. Carlos de Sá  
Vice-Presidente  
Presidente

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE  
1700-016 Lisboa  
Tel: 21 39 00 000 Fax: 21 39 00 000  
www.chln.pt



- 4.6 Autorizar a reafetação interna de profissionais mediante mobilidade entre as várias áreas;
  - 4.7 Aprovar o plano anual de férias dos trabalhadores e quaisquer alterações a este referentes, autorizar o gozo de férias antes de sua aprovação e a acumulação de férias por razões imperiosas ou imprevisíveis;
  - 4.8 Autorizar a formação profissional, a realização de estágios, congressos ou reuniões semelhantes, subordinando os respetivos instrumentos de avaliação;
  - 4.9 Autorizar comissões gratuitas de serviço;
  - 4.10 Autorizar a participação de trabalhadores em juízo de concursos noutros estabelecimentos;
  - 4.11 Autorizar o acesso a dados clínicos e outros dados pessoais sensíveis, nos termos legalmente em vigor;
  - 4.12 Homologar avaliações de desempenho nos termos de legislação aplicável;
  - 4.13 Ordenar a destruição de documentos inseridos em processos de concursos;
  - 4.14 Assinar a correspondência e expedição necessárias, no âmbito das competências acima delegadas;
  - 4.15 Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, sobre queixas e reclamações apresentadas pelos doentes, de natureza assistencial;
  - 4.16 Substituir o Presidente do Conselho de Administração, Dr. Joaquim Carlos Lopes Ferra, nas suas ausências e impedimentos.
5. Na função de Enfermeira Diretora, Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Dias Costa Fernandes, as competências de gestão corrente no âmbito de enfermagem nas áreas clínicas, bem como as competências relativas à promoção de boas práticas, protocolos e melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, incluindo, relativamente aos profissionais de carreira de enfermagem e aos assistentes operacionais afetos às áreas clínicas, a competência para:
- 5.1 Realizar todos os atos subsequentes à abertura de concursos, exceto a decisão de recursos hierárquicos e à homologação de listas classificativas;
  - 5.2 Aprovar os horários de trabalho e respetivas alterações, nos termos definidos pelo Conselho de Administração;







## ***Anexo 5***

**Declarações a que se refere o artigo 52º do RJSPE**

CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO  
LISBOA NORTE. EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA

Hospital  
PulidoValente

#### DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

(artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro)

Eu, Joaquim Daniel Lopes Ferros, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51º do Decreto-Lei nº 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 24 de maio de 2019

Daniel Ferro

Presidente do Conselho de Administração

CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)



### **DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

(Artigo 10.º do Decreto-Lei nº 282/2003, de 11 de outubro)

Eu, Luís Filipe Pereira dos Santos Pereira, Diretor-geral do Hospital de Santa Maria, declaro que não participei nas decisões que envolvem os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 10.º do Decreto-Lei nº 282/2003 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 29 de março de 2023

Luís Filipe Pereira dos Santos Pereira

Diretor-Geral



Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa  
Tel. 217 944 300 – Fax: 217 944 309

[www.chuln.pt](http://www.chuln.pt)

Avenida do Colégio de São José, 117  
1049-016 Lisboa  
Tel. 217 944 300 – Fax: 217 944 309

[www.chuln.pt](http://www.chuln.pt)

CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO  
LISBOA NORTE, E.P.E.



HOSPITAL  
SANTAMARIA

Hospital  
Público/Universitário

### Declaração de Independência

[http://www.cesga.gov.pt/2022/03/29/declara%C3%A7%C3%A3o-de-independ%C3%AAncia/]

Eu, Ana Paula Das Costa Fernandes, declaro que não intervim nas decisões que envolvem os meus próprios interesses, despropriadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 5.º do Decreto-Lei nº 188/2013 no âmbito da respetiva aplicação.

Lisboa, 29 de maio de 2022

Ana Paula Fernandes  
Informática Diretora



Av. Professor Egas Moniz  
1649-016 Lisboa  
Tel: 217 800 000 - Fax: 217 800 000

[www.chuln.pt](http://www.chuln.pt)

Avenida das Colinas de Santa Cruz,  
1649-016 Lisboa  
Tel: 217 800 000 - Fax: 217 800 000

[www.chuln.pt](http://www.chuln.pt)



### Declaração de independência

(artigo 17.º do Decreto-Lei nº 103/2002, de 3 de junho)

Eu, Maria de Lourdes Casares Santos, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 17.º do Decreto-Lei nº 103/2002 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 24 de maio de 2022

Maria de Lourdes Casares Santos

Membro do Conselho de Administração



Av. Professor Egas Moniz  
1649-016 LISBOA  
Tel. 217 948 000 – Fax 217 948 070  
www.chuln.pt

Hospital de Santa Maria, Lda  
Av. Padre Cruz, 163  
1649-016 LISBOA  
Tel. 217 948 000 – Fax 217 948 070  
www.chuln.pt

CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO  
LISBOA NORTE, E.P.E.



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA

HOSPITAL  
PÚBLICO CIÊNCIAS

### DECLARAÇÃO DE INTERESSOS

Declaro que não tenho qualquer interesse, de natureza

de facto ou aparente, nos factos ou nos negócios que se discutem no presente relatório, nem em qualquer decisão que seja tomada no âmbito do presente processo, designadamente na aprovação do relatório por mim realizado, conforme determina o artigo 52º do Decreto-Lei nº 188/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 24 de maio de 2023

Pedro Reis

Vogal do Conselho de Administração



Av. Professor Egas Moniz  
1649-016 Lisboa  
Tel. 217 940 000 – Fax 217 940 000

[www.chuln.pt](http://www.chuln.pt)

Avenida das Colinas de Torres, 117  
1070-109 Lisboa  
Tel. 217 940 000 – Fax 217 940 000

[www.chuln.pt](http://www.chuln.pt)

## ***Anexo 6***

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





## ***Anexo 7***

**Extrato da ata da reunião de Conselho de Administração com a  
aprovação do Relatório e Contas e Relatório do Governo  
Societário de 2022**

CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO  
LISBOA NORTE, EPE



hospital  
PulidoValente

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

### EXTRATO de Ata nº 14/2023

Aos trinta dias do mês de março de dois mil e vinte e três, pelas nove horas, reuniu na sede do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E., sita na Av. Prof. Egas Moniz, em Lisboa, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, sob a Presidência de Ana Paula Mecheiro de Almeida Martins Silvestre Correia, e com a presença do Diretor Clínico, Rui António Rocha Tato Marinho, do Enfermeiro Diretor, José Alexandre dos Santos Abrantes, e dos Vogais, André Filipe de Sousa da Trindade Ferreira e Catarina Duarte Galhardo Baptista. -----

---/---

2. O Conselho deliberou aprovar o resultado do exercício de 2022 do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE e aprovar a aplicação deste resultado em resultados transitados. -----

3. O Conselho deliberou aprovar o *Relatório e Contas 2022* do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE. -----

4. O Conselho deliberou aprovar o *Relatório do Governo Societário 2022* do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE. -----

---/---

André Trindade  
Vogal Executivo

## ***Anexo 8***

RGS – Quadro Síntese

ORIENTAÇÃO		PÁGINA	CUMPRE (S/N/NA)	Observações
<b>I</b>	<b>Síntese</b>			
1.	Menção às alterações mais significativas em matéria de Boas Práticas de Governo Societário adotadas em 2022	6	S	
<b>II</b>	<b>Missão, Objetivos e Políticas</b>			
1.	Indicação da missão e da forma como é prosseguida, assim como a visão e os valores que orientam a empresa			
	a) Indicação da missão e da forma como é prosseguida	7	S	
	b) Indicação da visão que orienta a empresa	8	S	
	c) Indicação dos valores que orientam a empresa	9	S	
2.	Indicação de políticas e linhas de ação desencadeadas no âmbito da estratégia definida, designadamente:			
	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	9	S	
	b) Grau de cumprimento dos mesmos, assim como a justificação dos desvios verificados e as medidas de correção aplicadas ou a aplicar	11	S	
3.	Indicação dos fatores chave de que dependem os resultados da empresa	12	S	
4.	Evidenciação da atuação em conformidade com as orientações definidas pelos ministérios sectoriais, designadamente as relativas à política sectorial a prosseguir, às orientações específicas a cada empresa, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível de serviço público e prestar pela empresa	12	S	
<b>III</b>	<b>Estrutura de Capital</b>			
1.	Divulgação da estrutura de capital	13	S	
2.	Identificação de eventuais limitações à titularidade e/ou transmissibilidade das ações	13	NA	
3.	Informação sobre a existência de acordos parassociais que sejam do conhecimento da sociedade e possam conduzir a eventuais restrições	13	NA	
<b>IV</b>	<b>Participações Sociais e Obrigações detidas</b>			
1.	Identificação das pessoas singulares (órgãos sociais) e/ou coletivas (Empresa) que, direta ou indiretamente, são titulares de participações qualificadas noutras entidades, com indicação detalhada da percentagem de capital e de votos imputáveis, bem como da fonte e da causa de imputação	14	NA	

ORIENTAÇÃO		PÁGINA	CUMPRE (S/N/NA)	Observações
2.	Explicitação da aquisição e alienação de participações sociais, bem como a participação em quaisquer entidades de natureza associativa ou fundacional	14	NA	
3.	Indicação sobre o número de ações e obrigações detidas por membros dos órgãos de administração e de fiscalização	14	NA	
4.	Informação sobre a existência de relações de natureza comercial entre os titulares de participações e a sociedade	14	NA	
<b>V Órgãos Sociais e Comissões</b>				
<b>A Modelo de Governo</b>				
1.	Identificação do modelo de governo adotado	14	S	
<b>B Mesa da Assembleia Geral</b>				
1.	Composição da mesa da assembleia geral	15	NA	O CHULN não tem mesa da assembleia geral.
2.	Identificação das deliberações acionistas	15	NA	
<b>C Administração e Supervisão</b>				
1.	Indicação das regras estatutárias sobre procedimentos aplicáveis à nomeação e substituição dos membros do Conselho de Administração	15	S	
2.	Composição, duração do mandato, número de membros efetivos	16	S	
3.	Distinção dos membros executivos e não executivos do CA e identificação dos membros que podem ser considerados independentes	16	S	O CULN não tem membros não executivos.
4.	Elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do CA	16	S	cf. resolução CM n.º 82/2019 de 24 de Maio de 2019
5.	Teor da Declaração de cada um dos membros, de quaisquer participações patrimoniais que detenham na empresa	16	S	
6.	Relações familiares, profissionais ou comerciais, habituais e significativas, dos membros do CA, com acionistas a quem seja imputável participação qualificada superior a 2% dos direitos de voto	17	NA	Não são conhecidas.
7.	Organogramas ou mapas funcionais relativos à repartição de competências entre os vários órgãos sociais	17	S	
8.	Caracterização do funcionamento do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo, indicando designadamente:			O CHULNC não tem comissões no órgão de adm. ou superv.

ORIENTAÇÃO		PÁGINA	CUMPRE (S/N/NA)	Observações
a)	Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas;	18	S	
b)	Cargos exercidos em simultâneo em outras entidades, dentro e fora do grupo, e outras atividades relevantes exercidas pelos membros daqueles órgãos no decurso do exercício, apresentados segundo o formato indicado;	18	S	
c)	Órgãos da entidade competentes para realizar a avaliação de desempenho dos administradores executivos e critérios pré-determinados para a avaliação de desempenho dos mesmos;	18	S	Não possui
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.	18	S	
<b>D. Fiscalização</b>				
1.	Identificação do órgão de fiscalização correspondente ao modelo adotado e composição, indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração do mandato, número de membros efetivos e suplentes.	33	S	O CHULN não tem órgão de fiscalização
2.	Identificação dos membros da Fiscalização	34	S	
3.	Elementos curriculares relevantes de cada um dos membros.	34	S	
4.	Funcionamento da fiscalização.	35	S	
<b>E. Revisor Oficial de Contas</b>				
1.	Identificação do ROC, SROC.	36	S	
2.	Indicação das limitações, legais.	36	S	
3.	Indicação do número de anos em que a SROC e/ou ROC exerce funções consecutivamente junto da sociedade/grupo.	37	S	
4.	Descrição de outros serviços prestados pelo SROC à sociedade.	37	NA	
<b>F. Conselho Consultivo</b>				
1.	Identificação	37		
<b>G. Auditor Externo</b>				
1.	Identificação.	37	NA	O CHULN não tem auditor externo
2.	Política e periodicidade da rotação.	38	NA	
3.	Identificação de trabalhos, distintos dos de auditoria, realizados.	38	NA	
4.	Indicação do montante da remuneração anual paga.	38	NA	
<b>VI Organização Interna</b>				

ORIENTAÇÃO		PÁGINA	CUMPRE (S/N/NA)	Observações
<b>A.</b>	<b>Estatutos e Comunicações</b>			
1.	Alteração dos estatutos da sociedade - Regras aplicáveis	38	S	
2.	Comunicação de irregularidades.	38	S	
3.	Indicação das políticas, antifraude.	39	S	
<b>B.</b>	<b>Controlo interno e gestão de riscos</b>			
1.	Informação sobre a existência de um sistema de controlo interno (SCI).	39	S	
2.	Pessoas, órgãos ou comissões responsáveis pela auditoria interna e/ou SCI.	40	S	
3.	Principais medidas adotadas na política de risco.	41	S	
4.	Relações de dependência hierárquica e/ou funcional.	42	S	
5.	Outras áreas funcionais com competências no controlo de riscos.	43	S	
6.	Identificação dos principais tipos de riscos.	44	S	
7.	Descrição do processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação de riscos.	44	S	
8.	Elementos do SCI e de gestão de risco implementados na sociedade.	45	S	
<b>C.</b>	<b>Regulamentos e Códigos</b>			
1.	Referência sumária aos regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a entidade está legalmente obrigada, com apresentação dos aspetos mais relevantes e de maior importância. Indicação do sítio da entidade onde estes elementos se encontram disponíveis para consulta.	45	S	
2.	Referência à existência de um código de ética, com a data da última atualização, que contemple exigentes comportamentos éticos e deontológicos.	46	S	
3.	Referência à existência do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC) para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros), assim como a identificação das ocorrências e as medidas tomadas para a sua mitigação.	47	S	
<b>D.</b>	<b>Deveres especiais de informação</b>			
1.	Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de informação			
	a) Prestação de garantias financeiras ou assunção de dívidas ou passivos de outras entidades, mesmo nos casos em que assumam organização de grupo;	48	NA	
	b) Grau de execução dos objetivos fixados, justificação dos desvios verificados e indicação de medidas de correção aplicadas ou a aplicar;	48	S	
	c) Planos de atividades e orçamento, anuais e plurianuais, incluindo os planos de investimento e as fontes de financiamento;	48	S	

ORIENTAÇÃO		PÁGINA	CUMPRE (S/N/NA)	Observações
d)	Orçamento anual e plurianual;	48	S	
e)	Documentos anuais de prestação de contas;	49	S	
f)	Relatórios trimestrais de execução orçamental acompanhados dos relatórios do órgão de fiscalização.	49	S	
2.	Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de transparência	49	S	
<b>E. Sítio da Internet</b>				
1.	Indicação do(s) endereço(s) e divulgação da informação disponibilizada	49	S	
<b>F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral</b>				
1.	Referência ao contrato celebrado	51	S	
2.	Exposição das propostas de contratualização da prestação de serviço público apresentadas ao titular da função acionista e ao membro do governo responsável pelo respetivo setor de atividade			
a)	Associação de metas quantitativas a custos permanentemente auditáveis;	51	S	
b)	Modelo de financiamento, prevendo penalizações em caso de incumprimento;	51	S	
c)	Critérios de avaliação e revisão contratuais;	51	S	
<b>VII Remunerações</b>				
<b>A. Competência para a Determinação</b>				
1.	Indicação quanto à competência para a determinação da remuneração dos órgãos sociais, dos membros da comissão executiva ou administrador delegado e dos dirigentes da entidade	52	S	
2.	Identificação dos mecanismos adotados para prevenir a existência de conflitos de interesses, atuais ou potenciais, entre os membros de órgãos ou comissões societárias e a entidade, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas (vide artigo 51.º do RJSPE)	52	S	
3.	Evidenciação ou menção de que resulte inequívoco o cumprimento por parte dos membros do órgão de administração do que dispõe o artigo 51.º do RJSPE, isto é, de que se abstêm de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas	52	S	
<b>B. Comissão de Fixação de Remunerações</b>				
	Composição.	53	NA	O CHULN não tem comissão de fixação de remunerações.
<b>C. Estrutura das Remunerações</b>				
1.	Política de remuneração dos órgãos de administração e de fiscalização.	53	S	Aplica-se o estatuto do gestor público.



ORIENTAÇÃO		PÁGINA	CUMPRE (S/N/NA)	Observações
2.	Informação sobre o modo como a remuneração é estruturada.	54	S	n.a.
3.	Componente variável da remuneração e critérios de atribuição.	54	NA	Não existe componente variável da remuneração.
4.	Diferimento do pagamento da componente variável.	54	NA	n.a.
5.	Parâmetros e fundamentos para atribuição de prémio.	54	NA	n.a.
6.	Regimes complementares de pensões.	54	NA	
<b>D. Divulgação das Remunerações</b>				
1.	Indicação do montante anual da remuneração auferida.	56	S	
2.	Montantes pagos, por outras sociedades em relação de domínio ou de grupo.	56	NA	
3.	Remuneração paga sob a forma de participação nos lucros e/ou prémios.	56	NA	
4.	Indemnizações pagas a ex-administradores executivos.	56	NA	Não foram pagas indemnizações.
5.	Indicação do montante anual da remuneração auferida do órgão de fiscalização da sociedade.	56	S	
6.	Indicação da remuneração anual da mesa da assembleia geral.	56	NA	
<b>VIII Transações com partes Relacionadas e Outras</b>				
1.	Mecanismos implementados para controlo de transações com partes relacionadas.	56	S	
2.	Informação sobre outras transações.	56/57	S	
<b>IX Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económicos, social e ambiental</b>				
1.	Estratégias adotadas e grau de cumprimento das metas fixadas.	58	S	
2.	Políticas prosseguidas.	58/60	S	
3.	Forma de cumprimento dos princípios inerentes a uma adequada gestão empresarial:			
a)	Responsabilidade social;	60	S	
b)	Responsabilidade ambiental;	60	S	
c)	Adoção de planos de igualdade tendentes a alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres;	65	S	
d)	Referência a medidas concretas no que respeita ao Princípio da Igualdade do Género;	66	S	
e)	Identificação das políticas de recursos humanos definidas pela entidade, as quais devem ser orientadas para a valorização do indivíduo;	67	S	
f)	Responsabilidade económica.	67	S	

ORIENTAÇÃO		PÁGINA	CUMPRE (S/N/NA)	Observações
<b>X</b>	<b>Avaliação do Governo Societário</b>			
1.	Cumprimento das Recomendações	<b>68</b>	<b>S</b>	
2.	Outras informações	<b>68</b>	<b>S</b>	O CHULN não tem outras informações a prestar.
<b>XI</b>	<b>Anexos</b>			
1.	Justificação dos desvios aos objetivos CP 2022	<b>72</b>		
2.	Elementos curriculares dos membros do Conselho de Administração	<b>74</b>		
3.	Elementos curriculares dos membros do Conselho Fiscal	<b>80</b>		
4.	Distribuição de responsabilidades de tutela de Órgãos, Departamentos, Serviços, Gabinetes e Áreas dos membros do Conselho de Administração.	<b>83</b>		
5.	Declarações a que se refere o artigo 52.º do RJSPE.	<b>93</b>		
6.	Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o n.º2 do artigo 54.º do RJSPE.	<b>99</b>		
7.	Extrato da Ata da Reunião de Conselho de Administração com a aprovação e ratificação, do Relatório e Contas e Relatório do Governo Societário de 2022.	<b>101</b>		