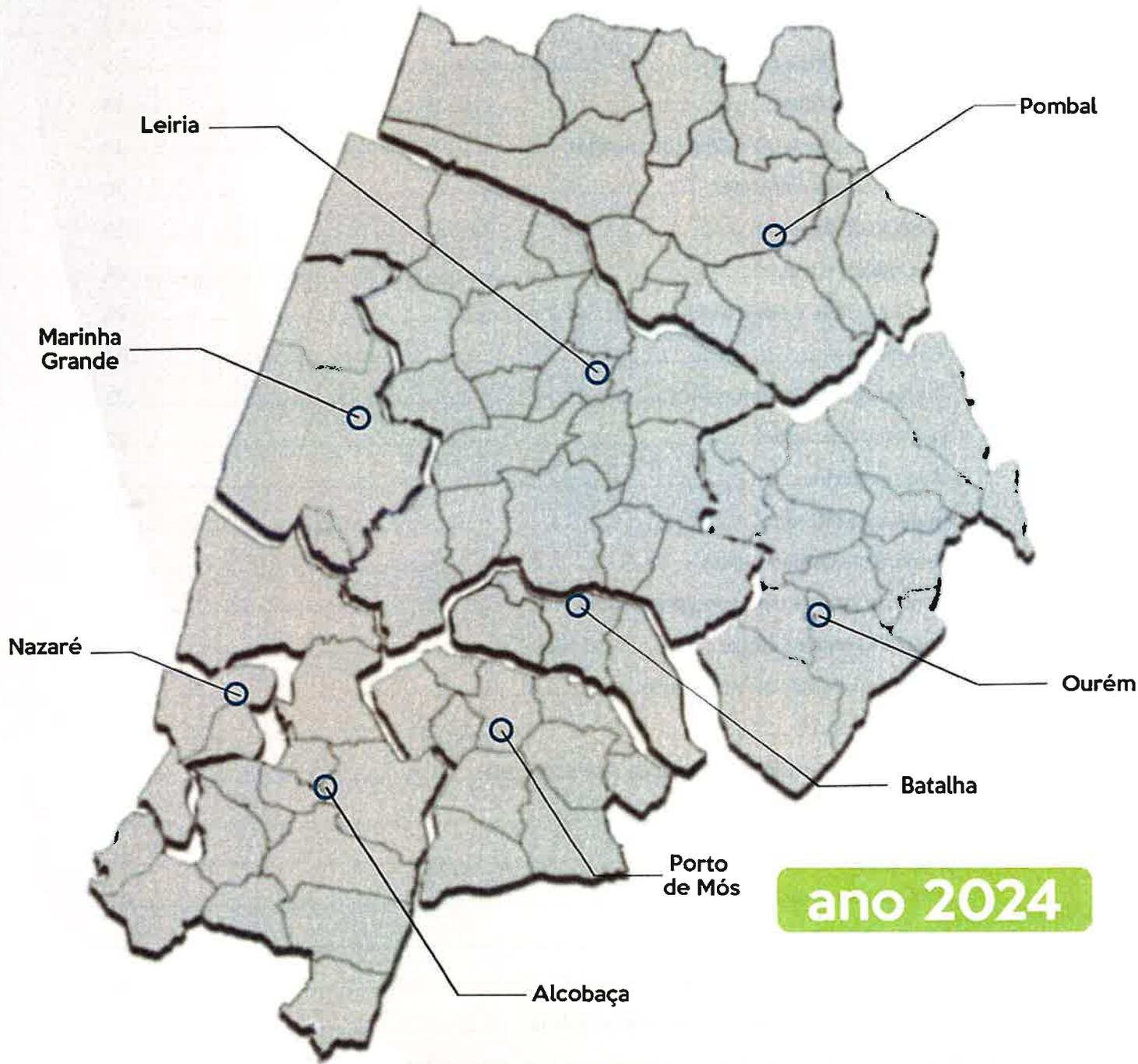




UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
REGIÃO DE LEIRIA



# Relatório de Governo Societário

Versão aprovada em reunião do Conselho de Administração de 28 de maio de 2025



---

**ÍNDICE**

---

I. Síntese .....	3
II. Missão, Objetivos e Políticas.....	5
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.....	21
C. Administração e Supervisão.....	21
D. Fiscalização .....	32
E. Revisor Oficial de Contas (ROC).....	37
F. Conselho Consultivo .....	40
G. Auditor Externo.....	40
VI. Organização Interna.....	41
A. Estatutos e Comunicações .....	41
B. Controlo interno e prevenção de riscos.....	43
C. Regulamentos e Códigos.....	71
D. Deveres especiais de informação .....	75
E. Sítio na Internet.....	77
F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral .....	78
VII. Remunerações .....	81
A. Competência para a Determinação .....	81
B. Comissão de Fixação de Remunerações .....	82
C. Estrutura das Remunerações .....	82
D. Divulgação das Remunerações .....	85
VIII. Transações com partes Relacionadas e Outras .....	89
IX. Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económico, social e ambiental .....	91
X. Avaliação do Governo Societário .....	104
XI. Anexos do RGS .....	106
A. Relatório do Órgão de Fiscalização .....	106
B. Demonstração Não Financeira.....	107
C. Aprovação pela Tutela .....	112
D. Outros Anexos.....	113

## I. SÍNTESE

O presente relatório autónomo de boas práticas de governo societário, relativo ao ano 2024, visa o cumprimento do estipulado no artigo 54.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, (alterado pela Lei n.º 75-A/2014, de 30 de Setembro e pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro), que estabelece o Regime Jurídico do Setor Público Empresarial (RJSPE).

Constam no relatório as informações atuais e completas, da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria (ULS RL), reguladas pelo Capítulo II (Princípios de Governo Societário) do RJSPE, em que se destacam os seguintes assuntos: a definição da missão, objetivos e políticas; a informação da estrutura de capital; a identificação de existência de participações sociais e obrigações detidas; a composição dos órgãos sociais que assegura a efetiva separação entre as funções de administração executiva e as funções de fiscalização; a exemplificação da organização interna; a identificação e divulgação das remunerações dos órgãos sociais; a existência de transações com partes relacionadas e outras; a análise de sustentabilidade da entidade nos domínios: económico, social e ambiental; e a avaliação do Governo Societário.



CAPÍTULO II do RJSPE – Práticas de Bom Governo		Sim	Não	Observações
Artigo 43.º	Apresentou plano de desenvolvimento organizacional para 2024 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponíveis	X		
	Obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de desenvolvimento organizacional para 2024	X		Aprovação do PDO 2024 pelo Despacho da Ministra da Saúde de 25 de julho de 2024
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		Informação divulgada ao longo do ano 2024
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 2024	X		O relatório de execução do PGRCIC foi elaborado com referência ao ano de 2025 e aprovado por deliberação do CA de 2025.01.28
Artigo 47.º	Adotou um código de ética e divulgou o documento	X		<a href="https://www.ulsrl.min-saude.pt/informacao-publica/codigo-de-conduta-e-etica/">https://www.ulsrl.min-saude.pt/informacao-publica/codigo-de-conduta-e-etica/</a>
Artigo 48.º	Tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada	X		Celebração do Acordo Modificativo ao CP 2024 a 2024.02.28
Artigo 49.º	Proseguiu 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		Informação remetida para a Tutela e submetida no SIRIEF ao longo do ano 2024
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		Informação a constar do Relatório e Parecer do Conselho Fiscal

## 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 entidade (vide artigo 43.º do RJSPE)

**Missão.** A Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E. (ULS RL) tem por missão prestar cuidados de saúde primários, hospitalares e de saúde pública, diferenciados e de qualidade, assegurando os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde, bem como a intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências, à população da sua área de influência, de acordo com as Redes de Referência Hospitalar e sem prejuízo do princípio do livre acesso e circulação no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A ULS RL assume ainda atribuições de desenvolvimento de atividades de investigação, incluindo investigação clínica e inovação em saúde, formação e ensino.

**Visão.** A ULS RL pretende ser reconhecida pelos cidadãos como uma organização que presta um serviço público de saúde acessível e de qualidade, através de uma gestão e alocação eficiente de recursos pretende alcançar o máximo de ganhos em saúde da população. Para além disso, objetiva manter o alinhamento constante com a sociedade local, elevando o acesso, a qualidade, as políticas saudáveis e a cidadania. Pretende, por isso, assumir-se como uma instituição que valoriza a elevada satisfação dos utentes e profissionais e ainda como uma referência na oferta de cuidados de proximidade e para potenciais parceiros, que pretendam, institucionalmente, fechar parcerias estratégicas.

**Valores.** A ULS RL baseia a consecução da sua missão e visão no seguinte quadro de valores essenciais: humanização e privacidade através do respeito pela dignidade humana de cada paciente e garantia de privacidade e intimidade durante todo o processo de cuidado; ética e responsabilidade social pela qual os profissionais se devem pautar na sua atividade profissional; compaixão tendo em conta a sua importância em todas as fases do processo de cuidado, desde o diagnóstico até ao tratamento e à reabilitação; valorização respeitando o código de conduta próprio de cada grupo profissional, no quadro da prestação de cuidados em equipa, com respeito pela individualidade de cada profissional; integração de cuidados como fator crítico para a prossecução de qualidade e eficiência na prestação de cuidados; primado do utente pela abordagem centrada no paciente que leve em consideração as suas necessidades, preferências e valores.

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

**Objetivos gerais.** Face ao quadro de situação existente na ULS RL nos domínios de estrutura e operacional, e atendendo à envolvente externa, a ULS RL visa a prossecução dos seguintes objetivos gerais:

- Melhorar a qualidade global da organização, através do desenvolvimento de políticas centradas nas necessidades, conforto e segurança dos doentes, na adequação e qualificação dos recursos afetos, especialmente humanos, e na prestação de serviços de qualidade e com prontidão;
- Aumentar a eficiência operacional, promovendo uma adequada afetação de recursos, assegurando processos de produção alinhados com as melhores práticas e desenvolvendo programas, ações ou medidas de melhoria na utilização de recursos;
- Garantir uma adequada articulação com os hospitais mais diferenciados, nomeadamente com a ULS de Coimbra e promover a integração com os Cuidados de Saúde Primários e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI);
- Dinamização da Unidade de Internamento de Cuidados de Convalescença criada em 2024;
- Dinamização e aumento da resposta da Unidade de Hospitalização Domiciliária, criada em 2020;
- Continuar a apostar nos Cuidados Paliativos, nomeadamente com a criação de uma equipa domiciliária;
- Garantir a sustentabilidade económico-financeira, mediante a adoção e desenvolvimento – especialmente ao nível das unidades operacionais, através do reforço da contratualização interna – de mecanismos de planeamento, execução e controle de gestão que possibilitem a efetiva gestão de recursos, o desempenho eficiente e a responsabilização descentralizada através de monitorização regular de resultados e, bem assim, assegurando o adequado registo dos procedimentos assistenciais, a respetiva faturação às entidades responsáveis e a promoção de cobranças atempadas;
- Promover o desenvolvimento e a motivação dos recursos humanos, através do desenvolvimento dos serviços, dos seus profissionais e das condições de trabalho, da adoção de políticas de meritocracia e de responsabilização pelo desempenho e da aposta na qualificação e motivação profissional;

- Melhorar a acessibilidade e reduzir as listas de espera, através da melhoria dos processos de referenciação e da adesão a programas específicos promovidos pelo Ministério da Saúde;
- Promover a cirurgia ambulatória e a utilização do hospital de dia ou dos cuidados continuados ou domiciliários como alternativa à utilização do internamento convencional;
- Garantir a modernização e o desenvolvimento da capacidade técnica, mantendo atualizado o potencial da instituição, através da realização sistemática de uma política de investimento de inovação e de substituição de equipamentos e tecnologias em situação de obsolescência técnica e funcional.

**Objetivos operacionais, de eficiência e económico-financeiros.** Para o exercício de 2024, no âmbito do PDO, foram estabelecidos objetivos de gestão específicos.

#### **a) Objetivos Operacionais**

A atividade assistencial, nos cuidados de saúde hospitalares e nos cuidados de saúde primários, é exposta de seguida, através da apresentação do realizado em 2024, comparativamente ao ano 2023 e ao previsto no PDO.

#### **Atividade Assistencial – Cuidados de Saúde Hospitalares**

A atividade assistencial realizada no ano 2024 regista um comportamento favorável na generalidade das linhas de produção, com destaque para o crescimento das sessões de Hospital de Dia (+16,8%), da Atividade Cirúrgica (+3,5%) e da Consulta Externa (+3,5%), em relação a período homólogo.

Destacam-se os seguintes aspetos:

Linhas de Atividade	Realizado 2023	Realizado 2024	Var. 2023/2024 (%)	PDO 2024	% Execução PDO 2024
<b>INTERNAMENTO (s/ Berçário)</b>					
Doentes saídos	18.941	17.995	-5,0%		
Demora média	7,61	7,66	0,7%		
Taxa de ocupação	71,3%	83,6%	17,2%	77,6%	107,7%
Lotação	578	585	1,2%	562	
<b>CONSULTA EXTERNA</b>					
1.ªs consultas	89.333	88.865	-0,5%	99.062	89,7%
Subsequentes	210.023	220.853	5,2%	216.896	101,8%
<b>Total</b>	<b>299.356</b>	<b>309.718</b>	<b>3,5%</b>	<b>315.958</b>	<b>98,0%</b>
% Primeiras / Total consultas	29,8%	28,7%	-3,9%	31,4%	91,5%
<b>ATIVIDADE CIRÚRGICA</b>					
<b>Convencional</b>	<b>2.966</b>	<b>3.362</b>	<b>13,4%</b>	<b>3.243</b>	<b>103,7%</b>
Base	2.219	2.434	9,7%	2.307	105,5%
Adicional	747	928	24,2%	936	99,1%
<b>Ambulatório</b>	<b>15.978</b>	<b>16.258</b>	<b>1,8%</b>	<b>16.489</b>	<b>98,6%</b>
Base	7.834	7.743	-1,2%	9.239	83,8%
Adicional	8.144	8.515	4,6%	7.250	117,4%
<b>Urgente</b>	<b>2.464</b>	<b>2.542</b>	<b>3,2%</b>	<b>2.465</b>	<b>103,1%</b>
<b>Total</b>	<b>21.408</b>	<b>22.162</b>	<b>3,5%</b>	<b>22.197</b>	<b>99,8%</b>
<b>URGÊNCIA</b>					
Geral	131.166	122.168	-6,9%	138.456	88,2%
Pediátrica	31.298	24.684	-21,1%	28.070	87,9%
Ginecológica / Obstétrica	13.104	8.280	-36,8%	9.416	87,9%
<b>Total</b>	<b>175.568</b>	<b>155.132</b>	<b>-11,6%</b>	<b>175.942</b>	<b>88,2%</b>
<b>HOSPITAL DE DIA</b>					
Sessões	36.198	42.267	16,8%	34.561	122,3%

- **Internamento:**

O internamento registou, no ano de 2024, 17.995 doentes saídos (excluindo berçário), verificando-se uma demora média global de 7,66 dias e uma taxa de ocupação de 83,6%.

Em termos homólogos, registou-se um decréscimo de -5% (-946 doentes), em grande medida relacionado com o menor número de doentes internados via urgência (-12,3% / -1.846 atendimentos com internamento), consequência do decréscimo registado nos atendimentos urgentes (-11,6% / -20.436 atendimentos).

- **Consulta Externa:**

A taxa de execução do PDO 2024, ao nível da consulta externa, ficou abaixo do expectável (98%), registando, no entanto, um acréscimo em termos homólogos (+10.362 consultas / +3,5%), resultado do comportamento favorável verificado ao nível das consultas subsequentes (+5,2%).

O crescimento registado nas consultas médicas subsequentes, face ao período homólogo do ano anterior, resulta especialmente do aumento verificado nas consultas de Pneumologia (+2.490 consultas), Cirurgia Geral (+2.020 consultas), Gastrenterologia (+1.733 consultas), Sangue (+1.519 consultas), Medicina Interna (+1.320 consultas) e Ortopedia II (+1.238 consultas).

Já relativamente ao ligeiro decréscimo das primeiras consultas em relação ao período homólogo do ano anterior (-472 consultas / -0,5%), justifica-se desde logo pela diminuição das consultas realizadas em regime adicional (-2.406 consultas).

- **Urgência:**

O número total de atendimentos registados no ano 2024, é inferior ao verificado no ano anterior (-20.436 atendimentos), estando de acordo com a tendência desejável nesta linha de produção.

Em termos homólogos verifica-se então um decréscimo global (-11,6%), destacando-se as diminuições registadas nas urgências pediátrica (-6.614 atendimentos / -21,1%) e ginecológica-obstétrica (-4.824 atendimentos / -36,8%), que registaram vários períodos de encerramento ao longo do ano por motivo de falta de recursos humanos.

- **Hospital Dia:**

O número total de sessões de hospital de dia registou um acréscimo de 16,8% (+6.069 sessões) face ao período homólogo do ano anterior e uma taxa de execução superior ao previsto (122,3%). Para o crescimento registado contribuiu o aumento combinado de várias especialidades, em especial, o aumento das sessões de hospital de dia Hematologia/Imunohemoterapia (+1.164 sessões), Pé Diabético (+1.257 sessões), Pneumologia (+620 sessões), Dermatologia (+745 sessões) e Oncologia Médica (+700 sessões).

- **Atividade Cirúrgica:**

A atividade cirúrgica, no ano de 2024, apresentou um crescimento em toda a linha (convencional, ambulatória e urgente), comparativamente a 2023, com especial enfoque para a



produção convencional, que registou um aumento de +13,4% (+9,7% / +215 cirurgias base e +24,2% / +181 cirurgias adicionais).

No que respeita à taxa de execução do PDO 2024, ficou nos 99,8%, ou seja, em linha com valor previsto, tendo a atividade cirúrgica convencional e urgente ultrapassado a meta (103,7% e 103,1%, respetivamente), enquanto a atividade cirúrgica ambulatória ficou ligeiramente abaixo do preconizado (98,6%).

A produção cirúrgica convencional programada/base (excluindo a atividade adicional) revelou, em 2024, uma produção superior ao período homólogo (+215 cirurgias / +9,7%), ficando acima do previsto no PDO 2024 (105,5%).

Já a atividade cirúrgica ambulatória (excluindo a atividade adicional) teve um decréscimo de -1,2% (-91 cirurgias) face ao período homólogo do ano anterior, justificada pela diminuição registada nas cirurgias de Cirurgia Geral (-97 cirurgias) e uma taxa de execução inferior ao expectável (83,8%).

A atividade cirúrgica convencional adicional registou um crescimento face ao período homólogo do ano anterior (+181 cirurgias / +24,2%), com destaque para a Cirurgia Geral (+81 cirurgias) e Urologia (+93 cirurgias).

Ao nível da produção ambulatória adicional, o número de cirurgias realizadas em 2024 registou um acréscimo de 4,6% (+371 cirurgias) face ao período homólogo do ano anterior, explicado pelo impacto da atividade realizada pela Oftalmologia (+104 cirurgias), Ortopedia I e II (+192 cirurgias) e Urologia (+89 cirurgias).

No que se refere à atividade cirúrgica urgente, o volume de produção realizada em 2024 aumentou ligeiramente relativamente a 2023 (+78 cirurgias / +3,2%), por conta do acréscimo verificado na Ortopedia I e II (+188 cirurgias), traduzindo-se numa taxa de execução da previsão constante do PDO 2024 superior ao preconizado.

### **Atividade Assistencial – Cuidados de Saúde Primários**

- **Inscritos com médico de família:**

No final do ano de 2024, o número de utentes com inscrição ativa nos Centros de Saúde que fazem parte da ULS RL totalizava 401.625 inscritos.

Apesar de existirem, a dezembro de 2024, 106.018 utentes sem médico de família, a ULS RL conseguiu com as várias respostas criadas, tais como o projeto “bata branca”, contratos com médicos aposentados e prestadores de serviços, que os utentes da área de influência da ULS tenham médico assistente.

- **Consultas realizadas:**

O número total de consultas médicas nos Cuidados de Saúde Primários no ano de 2024 foi de 1.225.822 consultas, valor ligeiramente superior ao ano de 2023 (+0,7% ou +8.631).

- **USP (Unidade de Saúde Pública):**

A USP coordena os domínios da saúde pública da área demográfica correspondente, intervindo para assegurar o bem comum, sendo responsável também pela vigilância epidemiológica e por intervir na prevenção, promoção e proteção da saúde da população. No ano de 2024, apresenta 4.820 consultas realizadas, o que face ao período homólogo em que foram realizadas 4.900 consultas, representa uma ligeira diminuição de 80 consultas ou -1,6%.

## **b) Cumprimento do Contrato-Programa**

- **Quadro Mínimo de Produção**

Integra o CP um quadro mínimo de produção e desempenho para a ULS RL, que se constitui como uma orientação para a instituição.

O quadro mínimo de produção e desempenho reflete um volume mínimo de produção, quer ao nível dos cuidados de saúde primários, quer ao nível dos cuidados de saúde hospitalares, bem como níveis mínimos para os indicadores de desempenho organizacional.



Quadro Mínimo Produção	CP 2024	Realizado 2024	Taxa Cumprimento
<b>Cuidados Primários</b>			
<b>1. Consultas</b>	<b>36.393.868,00 €</b>	<b>34.437.300,00 €</b>	<b>94,5%</b>
N.º Consultas Médicas Presenciais	21.320.343,00 €	20.379.400,00 €	95,6%
N.º Consultas Médicas Não Presenciais	15.073.525,00 €	14.057.900,00 €	93,3%
<b>2. Serviços Domiciliários</b>	<b>1.718.055,50 €</b>	<b>1.968.357,70 €</b>	<b>114,6%</b>
N.º Visitas Domiciliárias Médicas	215.348,60 €	175.264,50 €	81,4%
N.º Visitas Domiciliárias Enfermagem	1.502.706,90 €	1.793.093,20 €	119,3%
<b>3. Outras Consultas por Pessoal não Médico</b>	<b>12.622.736,00 €</b>	<b>12.582.592,00 €</b>	<b>99,7%</b>
N.º Consultas de Enfermagem	12.223.472,00 €	12.243.760,00 €	100,2%
N.º Consultas de Outros Profissionais	399.264,00 €	338.832,00 €	84,9%
<b>Cuidados Hospitalares</b>			
<b>1. Consultas Externas</b>	<b>15.491.716,00 €</b>	<b>15.194.032,00 €</b>	<b>97,9%</b>
<b>N.º Total Primeiras Consultas Médicas</b>	<b>4.955.135,00 €</b>	<b>4.483.159,00 €</b>	<b>89,8%</b>
N.º Primeiras Consultas Médicas Referenciadas (CTH)	1.836.000,00 €	1.982.556,00 €	108,0%
N.º Primeiras Consultas Médicas Descentralizadas	11.800,00 €	16.107,00 €	136,5%
N.º Primeiras Consultas Médicas (restantes)	3.107.335,00 €	2.484.496,00 €	80,0%
<b>N.º Total Consultas Médicas Subsequentes</b>	<b>10.536.581,00 €</b>	<b>10.710.873,00 €</b>	<b>101,6%</b>
N.º Consultas Médicas Subsequentes Descentralizadas	47.200,00 €	72.924,00 €	154,5%
N.º Consultas Médicas Subsequentes (restantes)	10.489.381,00 €	10.637.949,00 €	101,4%
<b>2. Internamentos</b>			
<b>Doentes Saídos (GDH)</b>	<b>55.133.668,85 €</b>	<b>49.157.018,60 €</b>	<b>89,3%</b>
GDH Médicos	38.968.922,66 €	31.790.721,61 €	81,6%
GDH Cirúrgicos Programados (Base + Adicional)	8.333.096,25 €	8.673.884,99 €	104,1%
GDH Cirúrgicos Urgentes	7.831.649,95 €	8.692.412,00 €	111,0%
<b>3. Episódios de GDH de Ambulatório</b>			
<b>Total GDH Ambulatório</b>	<b>33.334.324,30 €</b>	<b>33.457.121,57 €</b>	<b>101,5%</b>
GDH Cirúrgicos (Base + Adicional)	31.928.880,98 €	31.859.430,41 €	99,8%
GDH Médicos	1.405.443,31 €	1.597.691,16 €	113,7%
<b>4. Urgências</b>			
<b>N.º Total Atendimentos</b>	<b>7.779.101,50 €</b>	<b>7.015.059,20 €</b>	<b>110,1%</b>
N.º Atendimentos SU - Médico-Cirúrgica	6.259.434,00 €	5.422.150,50 €	115,4%
N.º Atendimentos SU - Básica	1.519.667,50 €	1.592.908,70 €	95,4%
<b>5. Sessões em Hospital de Dia</b>			
<b>Total Sessões Hospital de Dia</b>	<b>1.111.584,00 €</b>	<b>1.172.894,00 €</b>	<b>115,2%</b>
Base	486.684,00 €	575.960,00 €	118,3%
Hematologia / Imuno-Hemoterapia	545.700,00 €	516.810,00 €	94,7%
Psiquiatria e Unidades Socio-Ocupacionais	79.200,00 €	80.124,00 €	101,2%
<b>6. Rastreios</b>			
<b>Total Sessões Hospital de Dia</b>	<b>164.100,00 €</b>	<b>79.890,00 €</b>	<b>67,0%</b>
N.º Rastreios do Cancro do Colo do Útero	41.750,00 €	55.110,00 €	132,0%
N.º Rastreios do Cancro do Cólon e Reto	82.600,00 €	24.780,00 €	30,0%
N.º Rastreios da Retinopatia Visual	12.750,00 €	- €	0,0%
N.º Rastreios Visuais Infantis	27.000,00 €	- €	0,0%
<b>8. Sessões de Quimioterapia</b>			
N.º Sessões de Quimioterapia	3.166.960,00 €	3.375.776,00 €	106,6%
<b>9. Serviços Domiciliários</b>			
N.º Consultas Domiciliárias	157.710,00 €	140.364,00 €	89,0%
Hospitalização Domiciliária	1.257.672,75 €	1.379.383,02 €	109,7%
<b>Valor Produção Prevista</b>	<b>168.331.496,90 €</b>	<b>159.959.788,09 €</b>	<b>95,0%</b>
<b>Penalização</b>		<b>7.915.956,05 €</b>	
<b>Valor Produção incluindo penalizações</b>	<b>168.331.496,90 €</b>	<b>152.043.832,04 €</b>	<b>90,3%</b>
Internos	1.400.697,00 €	1.400.697,00 €	100,0%
Incentivos	19.438.180,07 €	19.283.736,27 €	99,2%
<b>Valor Produção SNS</b>	<b>189.170.373,98 €</b>	<b>172.728.265,31 €</b>	<b>91,3%</b>
Prémio Desempenho	8.330.648,60 €	3.738.858,47 €	44,9%
Programa de Incentivo Financeiro à Qualificação dos Serviços de Gastroenterologia	154.354,00 €	154.354,00 €	100,0%
<b>Valor Total CP</b>	<b>277.688.286,76 €</b>	<b>261.246.178,09 €</b>	<b>94,1%</b>

Os Termos de Referência para contratualização dos cuidados de saúde no SNS para 2024 define que a ULS RL fica sujeita à aplicação de penalidades sempre que se verifique o incumprimento da produção hospitalar contratualizada em, pelo menos, 10% em cada linha de atividade programada, correspondente ao valor da produção não realizada nessa linha, de acordo com os valores definidos através da Circular Normativa n.º 9/2025/ACSS de 04.02.2025.

Considerando que, a produção dos Cuidados de Saúde Primários assim como as linhas de atividade associadas aos atendimentos nas Urgências (Médico-Cirúrgica e Básica) e GDH Cirúrgicos Urgentes (internamento) não são objeto de penalidades, estima-se que a ULS RL venha a ser penalizada no ano de 2024 em cerca de 7.915.956,05€ caso não seja possível realizar uma adenda ao CP que permita minorar esse montante tendo em conta o contexto da ULS RL ao longo do ano que contribuiu para o incumprimento das metas contratualizadas.

Quadro Mínimo Produção	CP 2024	Realizado 2024	Taxa Cumprimento	Penalizações
<b>Cuidados Hospitalares</b>				
<b>1. Consultas Externas</b>				
N.º Primeiras Consultas Médicas (restantes)	3.107.335,00 €	2.484.496,00 €	80,0%	622.839,00 €
<b>2. Internamentos</b>				
<b>Doentes Saídos (GDH)</b>	<b>55.133.668,85 €</b>	<b>49.157.018,60 €</b>	<b>89,3%</b>	
GDH Médicos	38.968.922,66 €	31.790.721,61 €	81,6%	7.178.201,05 €
<b>6. Rastreios</b>				
<b>Total Sessões Hospital de Dia</b>	<b>164.100,00 €</b>	<b>79.890,00 €</b>	<b>67,0%</b>	
Nº Rastreios do Cancro do Cólon e Reto	82.600,00 €	24.780,00 €	30,0%	57.820,00 €
Nº Rastreios da Retinopatia Visual	12.750,00 €	- €	0,0%	12.750,00 €
Nº Rastreios Visuais Infantis	27.000,00 €	- €	0,0%	27.000,00 €
<b>8. Sessões de Quimioterapia</b>				
<b>9. Serviços Domiciliários</b>				
Nº Consultas Domiciliárias	157.710,00 €	140.364,00 €	89,0%	17.346,00 €
<b>Penalização</b>				<b>7.915.956,05 €</b>

- **Índice de Desempenho Global**

No âmbito do CP 2024 é atribuído um incentivo institucional que está associado ao cumprimento de alguns objetivos relacionados com o Acesso, Qualidade Assistencial, Desempenho Económico-Financeiro e Integração de Cuidados, considerando como áreas de atividade prioritárias, de acordo com o Índice de Desempenho Global (IDG) apurado.

Indicadores	Meta 2024	Realizado Acum. dez 2024	Apuramento IDG			
			A) Peso Relativo do Indicador	Grau de Cumprimento	B) Grau de Cump. Ajustado	A) x B)
<b>1 - Cuidados de Saúde</b>						
<b>A. Acesso</b>						
A.1 Índice de Desempenho da Sub-área Acesso	77,00	78,30	15,0%	101,7%	101,7%	15,3%
A.2 Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	45,0%	44,1%	7,5%	98,0%	98,0%	7,4%
A.3 Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG	89,0%	86,3%	7,5%	97,0%	97,0%	7,3%
<b>B. Qualidade Assistencial</b>						
B.1 Índice de Desempenho da Sub-área Gestão da Saúde	67,5	73,6	5,0%	109,0%	109,0%	5,5%
B.2 Índice de Desempenho da Sub-área Gestão da Doença	60,5	71,0	5,0%	117,4%	117,4%	5,9%
B.3 Índice de Desempenho da Sub-área Qualificação da Prescrição	65,0	70,6	5,0%	108,6%	108,6%	5,4%
B.4 Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico	3,3%	3,3%	2,0%	100,0%	100,0%	2,0%
B.5 Percentagem de cirurgias em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	50,0%	34,4%	2,0%	68,8%	68,8%	1,4%
B.6 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	37,5%	43,7%	2,0%	116,5%	116,5%	2,3%
B.7 Demora média ajustada	0,96	1,04	2,0%	91,3%	91,3%	1,8%
B.8 Demora média antes da cirurgia	0,60	0,67	2,0%	88,3%	88,3%	1,8%
B.10 Número de ensaios clínicos iniciados no ano	5	9	1,5%	180,0%	120,0%	1,8%
B.11 Percentagem de doentes saídos em hospitalização domiciliária (GDH) no total de doentes saídos (GDH)	2,4%	2,9%	2,0%	121,7%	120,0%	2,4%
B.12 Percentagem de consultas hospitalares descentralizadas, domiciliárias e de saúde mental na comunidade no total de consultas hospitalares realizadas	0,5%	0,5%	1,5%	98,1%	98,1%	1,5%
<b>2. Desempenho Económico-Financeiro</b>						
C.1 Gastos operacionais por inscritos	melhor do grupo	764 €	3,0%	-	95,0%	2,9%
C.2 Doente Padrão por médico ETC	90,0	100,5	3,0%	111,7%	111,7%	3,4%
C.3 Doente Padrão por Enfermeiro ETC	40,0	43,6	3,0%	109,0%	109,0%	3,3%
C.4 Percentagem dos gastos com trabalho extraordinário, suplementos e fornecimentos e serviços externos (seleccionados) no total de gastos com pessoal	25,0%	23,7%	3,0%	105,2%	105,2%	3,2%
C.5 EBITDA (em Milhões de Euros)	-7.640.271	-18.068.162	3,0%	-236,5%	0,0%	0,0%

Indicadores	Meta 2024	Realizado Acum. dez 2024	Apuramento IDG			
			A) Peso Relativo do Indicador	Grau de Cumprimento	B) Grau de Cump. Ajustado	A) x B)
<b>3. Integração de Cuidados</b>						
D.1 Proporção de consultas médicas de "doença aguda" efetuadas na UF de inscrição do utente (ID 412)	64,0%	66,3%	3,0%	103,6%	103,6%	3,1%
D.2 Percentagem de população rastreada no Rastreo do Cancro do Colo do Útero (RCCU) no total de população inscrita elegível	n.d.	n.d.	3,0%	-	95,0%	2,9%
D.3 Percentagem de população rastreada no Rastreo do Cancro do Cólon e Reto (RCCR) no total de população inscrita elegível	n.d.	n.d.	3,0%	-	95,0%	2,9%
D.4 Percentagem de utilizadores frequentes do SU (> 4 episódios no ano)	3,0%	2,7%	3,0%	111,2%	111,2%	3,3%
D.5 Percentagem de episódios triados com cor verde, azul ou branca no SU	40,0%	38,6%	4,0%	103,4%	103,4%	4,1%
D.6 Taxa de internamento para amputação de membro inferior em pessoas com diabetes (ajustada para uma população padrão) (ID 360)	9,7	8,5	3,0%	87,6%	87,6%	2,6%
D.7 Taxa de internamentos evitáveis na população adulta (ajustada para uma população padrão) (ID 365)	510,3	545	3,0%	106,8%	106,8%	3,2%
D.8 Proporção de consultas de psicologia, nutrição e medicina dentária referenciadas por médicos dos cuidados de saúde primários ou médicos hospitalares, realizadas em menos de 90 dias	38,4%	n.d.	3,0%	-	95,0%	2,9%

SDM/SICA a 15.03.2025  
MIS RL a 15.03.2025

Índice de Desempenho Global 99,2%

Incentivos Institucionais 2024	19.438.180 €
Estimativa Valor a Receber	19.279.925 €

### c) Objetivos Económico-Financeiros

O resultado antes de impostos, obtido no exercício de 2024, registou um valor negativo de € 29.247.790, em consequência dos rendimentos e gastos totais registados no período, de

€ 277.552.149 e € 306.799.939, respetivamente, como se evidencia na seguinte demonstração dos resultados em 2024.12.31:

Demonstração de Resultados	Realizado 2023	Realizado 2024	Var. 2023/2024 (%)	PDO 2024	% Execução PDO 2024
Impostos, contribuições e taxas	949.607	792.273	-16,6%	997.211	79,4%
Prestações de serviços	129.399.272	274.788.063	112,4%	280.122.380	98,1%
Transferências e subsídios correntes obtidos	274.028	165.246	-39,7%	169.014	97,8%
Custo matérias consumidas	-34.474.703	-42.961.861	24,6%	-37.558.647	114,4%
Fornecimentos e serviços externos	-27.212.795	-118.472.289	335,4%	-118.750.369	99,8%
Gastos com o pessoal	-91.655.674	-140.661.252	53,5%	-134.800.833	104,3%
Imparidade de dívidas a receber (perdas/reversões)	163.336	-82.084	-150,3%	23.455	-350,0%
Provisões (aumentos/reduções)	201.210	250.003	24,2%	-369.182	-67,7%
Outros rendimentos	5.083.021	1.502.500	-70,4%	1.994.306	75,3%
Outros gastos	-480.458	-904.426	88,2%	-265.420	340,8%
<b>Resultado antes de depreciações, gastos de financiamento e impostos</b>	<b>-17.753.155</b>	<b>-25.583.827</b>	<b>44,1%</b>	<b>-8.438.086</b>	<b>303,2%</b>
Gastos de depreciação e de amortização	-3.514.025	-3.591.336	2,2%	-4.993.781	71,9%
<b>Resultado operacional (antes de gastos de financiamento e impostos)</b>	<b>-21.267.180</b>	<b>-29.175.162</b>	<b>37,2%</b>	<b>-13.431.867</b>	<b>217,2%</b>
Juros e rendimentos similares obtidos	4.360	2.386	-45,3%	10.330	23,1%
Juros e gastos similares suportados	-94.701	-75.013	-20,8%	-72.245	103,8%
<b>Resultado antes de impostos</b>	<b>-21.357.521</b>	<b>-29.247.790</b>	<b>36,9%</b>	<b>-13.493.781</b>	<b>216,8%</b>
Imposto sobre o rendimento	-25.887	-35.436	36,9%	-	-
<b>Resultado líquido do período</b>	<b>-21.383.408</b>	<b>-29.283.226</b>	<b>36,9%</b>	<b>-13.493.781</b>	<b>217,0%</b>

O resultado antes de impostos a dezembro de 2024, apresenta o valor negativo de € 21.247.790, o que, comparado com o realizado no período homólogo, de -€ 21.357.521, evidencia um comportamento desfavorável do desempenho económico.

Apesar do crescimento registado nas prestações de serviços, associado principalmente à implementação das ULS e consequente alteração do modelo de financiamento que passou a ser por capitação, ajustado pelo risco.

Nessa ótica o valor atribuído à ULS RL está reconhecido, ao contrário do período homólogo em que o valor era dividido pelas várias rubricas referentes às linhas de produção hospitalar, apenas em três rubricas (Valor Capicional, Incentivos Institucionais e Internos). Não existe, portanto, um pressuposto de correspondência direta da produção da ULS e a rubrica de prestação de serviços, estando o valor Capicional a ser reconhecido mensalmente de forma uniforme nas rubricas já referidas acima.

Por outro lado, os rendimentos do ano 2024 encontram-se sobrevalorizados em € 2.976.199:

- A taxa de execução real do CP 2024 apurada é de 95,5% (95,0% antes de incentivos e 95,5% de incentivos);
- Contudo, dando cumprimento às orientações da ACSS, a fatura da estimativa da capitação e incentivos considera uma taxa de execução de 98,0%.

**d) Plano de Investimento**

DESCRIÇÃO DO PROJETO	2024 (em €)			FUNÇÃO	OBJETIVO	OBSERVAÇÕES
	ORÇAMENTO	RECURSOS DISPONÍVEIS	TOTAL (INVESTIMENTO)			
Reabilitação Estrutural Serviço MFR	0 €	144.050 €	144.050 €	729.448 €	586.397 €	Concluído em 2024
Expansão da Consulta Externa HSA	414.083 €		414.083 €		-414.083 €	Investimento transitou para 2026
Sistema de deteção de incêndios	87.833 €		87.833 €	3.694 €	-85.139 €	Concluído em 2024
Reabilitação e expansão Consulta Externa HDP	413.105 €		413.105 €		-413.105 €	Investimento transitou para 2025
Criação de uma Unidade Intermediária Cirúrgica	76.844 €	435.451 €	512.295 €		-512.295 €	Investimento transitou para 2025
Adaptação da zona da Lavandaria para instalação da UAGastroenterologia	922.500 €		922.500 €	154.354 €	-768.146 €	Investimento iniciado em 2024, que se prevê concluir em 2026
Adaptação da zona da UAGastroenterologia para instalação do serviço de Nefrologia	30.000 €		30.000 €		-30.000 €	Investimento transitou para 2026
Criação da nova Unidade de Cirurgia de Ambulatório	200.000 €		200.000 €		-200.000 €	Investimento transitou para 2025
Aquisição de um novo microscópio cirúrgico, para equipar a sala 2 da Cirurgia de Ambulatório	400.000 €		400.000 €	152.669 €	-247.331 €	Investimento transitou para 2025
Aquisição de novos aparelhos de diagnóstico: penmetria estatística computadorizada (PEC) e aparelhos de Eletro-Fisiologia Ocular	250.000 €		250.000 €		-250.000 €	Investimento transitou para 2025
Marquezas Operatórias	150.000 €		150.000 €	1.79.740 €	29.740 €	Concluído em 2024
Remodelação da Cirurgia de Ambulatório	100.000 €		100.000 €		-100.000 €	Investimento transitou para 2025
Equipamento para realização de biópsias prostáticas de fusão (ecógrafo-sondas+software de fusão+stepper)	184.500 €		184.500 €		-184.500 €	Investimento transitou para 2025
Implementação de projeto de Cirurgia Robótica	295.200 €	1.672.500 €	1.968.000 €		-1.968.000 €	Investimento transitou para 2025
Substituição Sala de Raio-X	320.000 €		320.000 €	310.489 €	-9.511 €	Concluído em 2024
Substituição Ecógrafo	98.400 €		98.400 €	105.780 €	7.380 €	Concluído em 2024
Repensar a organização interna do hospital em função dos principais circuitos dos doentes	87.500 €		87.500 €		-87.500 €	Investimento excluído do Plano de Investimento
Repensar a estrutura e organização de produção cirúrgica	145.000 €		145.000 €		-145.000 €	Investimento excluído do Plano de Investimento
Rever o portfólio de serviços	155.000 €		155.000 €		-155.000 €	Investimento excluído do Plano de Investimento
Promover uma gestão, clínica e não clínica, baseada em dados	130.000 €		130.000 €		-130.000 €	Investimento excluído do Plano de Investimento
Ferramenta de Business Intelligence, com módulo de Inteligência Artificial	100.000 €		100.000 €		-100.000 €	Investimento transitou para 2025
Renovação do sistema RIS / PACS	112.750 €		112.750 €		-112.750 €	Investimento transitou para 2025
Renovação do parque informático	250.000 €		250.000 €		-250.000 €	Investimento transitou para 2025
Renovação da infraestrutura de equipamentos ativos de rede	250.000 €		250.000 €		-250.000 €	Investimento transitou para 2026
Ecógrafo Bloco Operatório Central	61.500 €		61.500 €	188.488 €	126.988 €	Concluído em 2024
Eficiência Energética em Edifícios	0 €	3.661.498 €	3.661.498 €		-3.661.498 €	Investimento transitou para 2025
Eficiência Energética em Edifícios	0 €	734.464 €	734.464 €		-734.464 €	Investimento transitou para 2025
Eficiência Energética em Edifícios	0 €	443.900 €	443.900 €		-443.900 €	Investimento transitou para 2025
Remodelação do retobro do BOC para adaptação a uma UCA (Unidade Cirurgia Ambulatória)	131.610 €		131.610 €	70.563 €	-61.047 €	Concluído em 2024
Reformulação dos Vestiários e da Lavandaria	221.400 €		221.400 €		-221.400 €	Investimento transitou para 2025
Alteração das instalações do Bloco do HABILIO	430.500 €		430.500 €		-430.500 €	Investimento transitou para 2025
Recuperação do Serviço de Sistemas de Informação	86.100 €		86.100 €		-86.100 €	Investimento transitou para 2025
Criação de Posto de colheitas	92.250 €		92.250 €	93.603 €	1.353 €	Concluído em 2024
Criação de Gabinete e armários na Sala de Espera do Serv. de Neurologia	30.750 €		30.750 €		-30.750 €	Investimento transitou para 2025
Quatro Orlas	250.000 €		250.000 €	130.613 €	-119.387 €	
Equipamento Médico-Cirúrgico	500.000 €		500.000 €	1.001.285 €	501.285 €	
Equipamento Imagiologia	250.000 €		250.000 €	139.775 €	-110.225 €	
Equipamento Mobilidade Hospitalar	100.000 €		100.000 €	236.700 €	136.700 €	
Equipamento Laboratório	50.000 €		50.000 €	9.312 €	-40.688 €	
Outros Equipamentos Básicos	244.297 €		244.297 €	204.706 €	-39.591 €	
Equipamento Desinfecção e Esterilização	100.000 €		100.000 €	214.792 €	114.792 €	
Equipamento Hotelaria	30.000 €		30.000 €	34.430 €	4.430 €	
Equipamento Administrativo	50.000 €		50.000 €	77.164 €	27.164 €	
Equipamento Hardware	150.000 €		150.000 €	69.256 €	-80.744 €	
Equipamento Software	150.000 €		150.000 €	181.006 €	31.006 €	
Outros Equipamentos	501.383 €		501.383 €	119.204 €	-382.179 €	
Bloco Partos	0 €	389.999 €	389.999 €	174.477 €	-215.522 €	Concluído em 2024
Alteração do Bloco Operatório no HSA para ampliação do retobro	164.728 €		164.728 €	117.112 €	-47.596 €	Concluído em 2024
Substituição Analógrafo do Serviço de Cardiologia	0 €	500.622 €	500.622 €	885.609 €	385.007 €	Concluído em 2024
Aquisição de TAC	0 €	1.334.837 €	1.334.837 €		-1.334.837 €	Investimento transitou para 2025
Restrição de Grupos de Risco para Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono - SADS	10.000 €		10.000 €		-10.000 €	Investimento transitou para 2025
Aquisição de viatura de forma a reforçar o apoio a atividade domiciliária	50.000 €		50.000 €		-50.000 €	Investimento transitou para 2025
Aquisição de dois espirometros	5.000 €		5.000 €	3.223 €	-1.777 €	Concluído em 2024
Gestão do programa e da mudança	250.000 €		250.000 €		-250.000 €	Investimento excluído do Plano de Investimento
Accreditação das Ufs	35.189 €		35.189 €		-35.189 €	Investimento transitou para 2025
<b>TOTAL</b>	<b>9.111.523 €</b>	<b>8.707.621 €</b>	<b>17.819.144 €</b>	<b>5.767.533,61 €</b>	<b>-12.051.610 €</b>	

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

Assegurar uma prestação de cuidados com qualidade, segurança e adequada às crescentes necessidades da população servida, com os recursos disponíveis e garantindo a eficiência e sustentabilidade, é o grande desafio que se impõe.

Acresce ainda a existência de um quadro restrito da operação decorrente das regras introduzidas no setor da saúde, com destaque para a contratação de profissionais e para a realização de investimentos, bem como a atribuição de financiamento com consonância com os gastos necessários para a atividade, como nas áreas do medicamento e dispositivos médicos, que são fatores críticos para este tipo de instituições.

**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 (vide n.º 4 do artigo 39.º do RJSPE)**

Os instrumentos previsionais de gestão, nomeadamente PDO e Contrato-Programa (CP) 2024 (que incluem as obrigações assistenciais, o orçamento económico e os objetivos de qualidade e eficiência para esse ano), estão alinhados com as orientações da tutela, designadamente no que respeita à política setorial a prosseguir, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível de serviço público a prestar.

### III. ESTRUTURA DE CAPITAL

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

A ULS RL, enquanto Entidade Pública Empresarial, está dotado de Capital Estatutário no montante de € 45.035.604, detido na totalidade pelo Estado e que inclui os seguintes aumentos de capital estatutário:

- Por Despacho do Senhor Secretário de Estado do Tesouro n.º 1265/2017, de 29 de dezembro, foi determinado um aumento de Capital Estatutário no valor de € 6.290.000.
- Em 2021 verificou-se um aumento de capital estatutário, no montante de € 129.150, na sequência do Despacho Conjunto das Finanças e Saúde, de 6 de outubro, de S. Exas. o Secretário de Estado do Tesouro e o Secretário de Estado da Saúde. Este montante terá de ser aplicado exclusivamente à substituição do Angiógrafo (investimento identificado no Anexo, parte integrante do referido despacho), ficando essa aplicação condicionada à apresentação e obtenção do correspondente financiamento europeu.
- Na sequência do Despacho do Senhor Ministro das Finanças e do Senhor Ministro da Saúde, de 22 de dezembro de 2023, foi operado neste Centro Hospitalar um aumento de capital estatutário no montante de € 8.686.454, destinado a ser aplicado exclusivamente para liquidação de faturas de fornecedores externos que tenham recorrido a *factoring*.

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

Não aplicável, uma vez que o capital da ULS RL não se encontra representado por ações.

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

Não aplicável, dada a inexistência de acordos parassociais.

#### **IV. PARTICIPAÇÕES SOCIAIS E OBRIGAÇÕES DETIDAS**

##### **1. Identificação das participações sociais que a entidade pública detém (vide alínea b) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE)**

A ULS RL não detém participações no capital de outras entidades, nem tem pessoas singulares (órgãos sociais) e/ou coletivas (empresa) que, direta ou indiretamente, sejam titulares de participações qualificadas noutras entidades, ao abrigo das alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 44.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, alterado pela Lei n.º 75-A/2014, de 30 de Setembro e pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro.

##### **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)**

A ULS RL não detém participações no capital de outras entidades. No entanto, é de referir que 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 Senhor Secretário de Estado da Saúde, Dr. Manuel Delgado, no dia 5 de janeiro de 2016, e publicados no Portal da Justiça no dia 25 de fevereiro de 2016.

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

Não aplicável. Tratando-se de uma E.P.E. (Entidade Pública Empresarial), o capital da ULS RL não se encontra representado por ações e o Estado é o detentor da totalidade do capital.

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

Não aplicável, uma vez que a ULS RL é uma E.P.E. e a totalidade do capital é detida pelo Estado.



## V. ÓRGÃOS SOCIAIS E COMISSÕES

### A. MODELO DE GOVERNO

A entidade 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

A Unidade Local de Saúde da Região de Leiria E.P.E. (ULS RL) constituiu-se pelo Decreto-lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, com efeitos a 1 de janeiro de 2024, integrando os extintos Centro Hospitalar de Leiria, ACES Pinhal Litoral, e parte das unidades funcionais pertencentes aos extintos ACES Oeste Norte e ao ACES Médio Tejo.

A ULS RL é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, integrada na administração indireta do Estado, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, à qual é aplicado o regime jurídico do setor empresarial do Estado aprovado pelo Decreto-Lei n.º 133/2023, de 3 de outubro, com as especificidades previstas no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

A ULS RL tem como órgão de administração um Conselho de Administração a quem cabe garantir o cumprimento dos objetivos básicos, bem como exercer a totalidade dos poderes de gestão da instituição, não existindo, conseqüentemente, outros órgãos com funções de gestão ou comissões com estas responsabilidades no seu seio.

De acordo com o artigo 68.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual, que aprova os atuais Estatutos, são órgãos dos estabelecimentos de saúde E.P.E. os seguintes:

- O Conselho de Administração;
- O Conselho Fiscal e o Revisor Oficial de Contas;
- O Conselho Consultivo.

O Conselho Consultivo apresenta a seguinte composição (conforme consta da deliberação do Conselho de Administração em 2018.11.07):

Conselho Consultivo	
Presidente	Álvaro José Brilhante Laborinho Lúcio
Membro nomeado pelo Ministério da Saúde	Maria Pedro Sucena Guarino
Representante da ARS Centro	António da Silva Cabeço
Representante dos Utentes	Paulo Lameiro
Representante Trabalhadores	Fernando Mendes Parreira
Representante dos Voluntários	Noberto Antunes Serra
Representantes da ULS RL	Manuel Jesus Antunes
	José Carlos Rodrigues Gomes

## B. ASSEMBLEIA GERAL

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

Não aplicável, na medida em que a ULS RL é uma E.P.E. e, de acordo com o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual, que aprova os atuais Estatutos, os seus órgãos sociais são: o Conselho de Administração, o Conselho Fiscal, o Revisor Oficial de Contas ou uma Sociedade de Revisores Oficiais de Contas e o Conselho Consultivo.

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

Não aplicável. Estatutariamente uma entidade do tipo E.P.E. não dispõe de Assembleia Geral.

## C. ADMINISTRAÇÃO E SUPERVISÃO

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

Nos termos do disposto nos artigos 69.º e 77.º dos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares, Institutos Portugueses de Oncologia e Unidades Locais de Saúde, constantes do capítulo IV do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual, no artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, estabelece o Regime Jurídico do Setor Público Empresarial (RJSPE), na sua redação atual, no artigo 13.º do Estatutos do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual, e no artigo 26.º da Lei n.º 82/2023, de 29 de dezembro, que aprova o Orçamento de Estado para 2024, compete à Direção Executiva do

Serviço Nacional de Saúde, I.P. (DE-SNS) a nomeação e substituição dos membros dos órgãos de gestão dos Institutos Portugueses de Oncologia e das Unidades Locais de Saúde.

**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**

Conforme previsto no artigo 69.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, o Conselho de Administração dos estabelecimentos de saúde E.P.E. que assumam o modelo de ULS é composto pelo Presidente e um máximo de cinco vogais executivos, incluindo até dois diretores-clínicos, um enfermeiro-diretor, um vogal proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças e um vogal proposto pela Comunidade Intermunicipal.

Os membros do conselho de administração são designados, mediante proposta da Direção Executiva do SNS.

O mandato dos membros do conselho de administração tem a duração de três anos e é renovável, até ao limite máximo de três renovações consecutivas, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo de eventual renúncia.

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

Atendendo à reestruturação operada pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que tem subjacente um novo modelo de gestão e de prestação de cuidados de saúde aos utentes e procede à criação da ULS RL, que integra os extintos Centro Hospitalar de Leiria, ACeS Pinhal Litoral, e parte das unidades funcionais pertencentes aos extintos ACeS Oeste Norte e ao ACeS Médio Tejo, a DE-SNS, através do Despacho n.º 523/2024, de 18 de janeiro, designa para o exercício de funções no Conselho de Administração da ULS RL, com efeitos a 1 de janeiro de 2024:

Presidente do Conselho de Administração: Licínio Oliveira de Carvalho;

Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde hospitalares: Catarina Maria Gonçalves Faria;

Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde primários: Denise Alexandra Cunha Velho;

Enfermeiro Diretor: Marco Alexandre Santos Neves;

Vogal Executiva com o pelouro financeiro: Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges.

Através do Despacho n.º 529/2025, de 10 de janeiro, a DE-SNS exonera os seguintes membros do Conselho de Administração da ULS RL, com efeitos a 29 de dezembro de 2024:

Presidente do Conselho de Administração: Licínio Oliveira de Carvalho;

Enfermeiro Diretor: Marco Alexandre Santos Neves;

Vogal Executiva com o pelouro financeiro: Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges.

Atendendo à demissão do Presidente, Enfermeiro Diretor e Vogal Executiva com o pelouro financeiro e ainda à vacatura do outro lugar de Vogal Executivo, a DE-SNS, através do Despacho 1305/2025, de 29 de janeiro, procede à designação dos restantes membros do Conselho de Administração da ULS RL para completar o mandato em curso, com efeitos a 30 de dezembro de 2024:

Manuel José Santos de Carvalho, na qualidade de Presidente do Conselho de Administração;

Paulo Emanuel Pereira Lopes, como Enfermeiro Diretor;

Filipa Duarte Vieira Pimenta Alves Esperança, como Vogal Executiva com o pelouro financeiro;

Neusa Fernandina Sobrinho de Magalhães, como Vogal Executiva na sequência de proposta dos municípios abrangidos pela ULS.

Mandato CA (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação		Exoneração		Indicação do número total de mandato
			Forma <sup>(1)</sup>	Data	Forma <sup>(2)</sup>	Data	
2024-01-01 a 2024-12-29	Presidente	Licínio Oliveira de Carvalho	Despacho n.º 523/2024	18-01-2024	Despacho n.º 529/2025	10-01-2025	1
2024-01-01 a 2026-12-31	Diretor Clínico	Catarina Maria Gonçalves Faria	Despacho n.º 523/2024	18-01-2024			1
2024-01-01 a 2026-12-31	Diretor Clínico	Denise Alexandra Cunha Velho	Despacho n.º 523/2024	18-01-2024			1
2024-01-01 a 2024-12-29	Enfermeiro Diretor	Marco Alexandre Santos Neves	Despacho n.º 523/2024	18-01-2024	Despacho n.º 529/2025	10-01-2025	1
2024-01-01 a 2024-12-29	Vogal Executiva	Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges	Despacho n.º 523/2024	18-01-2024	Despacho n.º 529/2025	10-01-2025	1
2024-12-30 a 2026-12-31	Presidente	Manuel José Santos de Carvalho	Despacho n.º 1305/2025	29-01-2025			1
2024-12-30 a 2026-12-31	Enfermeiro Diretor	Paulo Emanuel Pereira Lopes	Despacho n.º 1305/2025	29-01-2025			1
2024-12-30 a 2026-12-31	Vogal Executiva	Filipa Duarte Vieira Alves Esperança	Despacho n.º 1305/2025	29-01-2025			1
2024-12-30 a 2026-12-31	Vogal Executiva	Neusa Fernandina Sobrinho de Magalhães	Despacho n.º 1305/2025	29-01-2025			1

<sup>(1)</sup> Indicar Resolução (R)/AG/DUE/Despacho (D)

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

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.**

Os elementos curriculares dos membros do Conselho de Administração são apresentados no ponto D. Outros Anexos do capítulo XI. Anexos RGS (Anexo 1).

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

Foi apresentada, ao órgão de administração, ao órgão de fiscalização e ao IGF, declaração de cada um dos membros do Conselho de Administração a asseverar não terem nenhuma participação patrimonial na empresa – visto que a totalidade do Capital é detido pelo Estado –, e, também, não existirem quaisquer relações entre os membros, com os fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócios, suscetíveis de gerar conflitos de interesse.

**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 existem 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 entidade, incluindo informação sobre delegações de competências, em particular no que se refere à delegação da administração quotidiana da entidade**

No ano de 2024, não houve delegação de competências nos membros do CA.

A delegação de competências nos membros do CA, aprovada por Deliberação do CA de 2022.10.12, consta no ponto D. Outros Anexos do capítulo XI. Anexos RGS (Anexo 2).

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

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

Em 2024 realizaram-se 54 reuniões do Conselho de Administração.

O Conselho de Administração reuniu semanalmente, seguindo as regras do funcionamento do órgão estabelecidas, tendo a assiduidade sido em 100%, com exceção do período de férias, licença de parentalidade e por motivo de doença.

**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**

Nenhum membro do Conselho de Administração exerce cargos em simultâneo em outras empresas nem outras atividades relevantes.

**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**

Conforme disposto no n.º 2 do artigo 6.º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua atual redação, a avaliação do desempenho dos administradores executivos compete aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

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

As comissões são órgãos de carácter consultivo que têm por função colaborar com o Conselho de Administração, por sua iniciativa ou a pedido deste, nas matérias da sua competência.

A ULS RL dispõe das seguintes comissões:

**Comissão de Ética**

A Comissão de Ética é um órgão multidisciplinar de apoio ao Conselho de Administração, que tem como principal incumbência proceder à análise e reflexão sobre questões relacionadas com

a ética e bioética na atividade da instituição, na prestação de cuidados de saúde e na realização de investigação clínica.

A Comissão de Ética é constituída por um número ímpar de membros que não pode ser inferior a cinco, nem superior a onze elementos, e inclui um presidente e vice-presidente.

A designação dos membros para a Comissão de Ética deve respeitar a seguinte composição multidisciplinar: Profissionais de reconhecido mérito da ULS RL nas áreas adequadas ao desempenho das suas competências; Pelo menos 2 elementos externos da ULS RL de forma a garantir os valores culturais e morais da comunidade; Deve ser ponderada a participação específica de algumas áreas profissionais como da medicina, do direito, da filosofia/ética, da teologia, da enfermagem, da farmácia, e outras que garantam os valores culturais e morais da comunidade, de acordo com o objeto da instituição; A composição da Comissão de Ética é designada pelo Conselho de Administração, para um mandato de quatro anos, renovável uma única vez, por igual período.

A Comissão de Ética rege-se pelas disposições do Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de outubro.

#### **Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)**

A CFT rege-se pelo Despacho n.º 2325/2017, de 17 de março, do Ministro da Saúde e pela Portaria 126/2017 de 30 de março, e 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.

A CFT é nomeada por um período de três anos e é constituída por um número de oito membros, em paridade entre médicos e farmacêuticos, presidia pela Diretora Clínica dos CSH, sendo os restantes médicos e farmacêuticos, indigitados respetivamente pelos Diretores Clínicos e pelo Diretor do Serviço Farmacêutico. Reúne com uma periodicidade mínima mensal e sempre que convocada pelo presidente.

#### **Comissão de Humanização**

A Comissão de Humanização tem por objeto, como o nome indica, a sua promoção efetiva, é composta por até 12 membros, um dos quais preside, e compete a esta comissão:

- i. Proceder à reflexão sobre os objetivos estratégicos a traçar no domínio da humanização;
- ii. Analisar e inventariar a situação da ULS RL em matéria de humanização;
- iii. Formular propostas de ação ou adoção de medidas, promovendo a sua execução;
- iv. Colaborar com o Gabinete de Educação e Formação Permanente na realização de ações de formação e sensibilização dos profissionais;
- v. Contribuir para a melhoria das condições de conforto, acolhimento, informação e apoio a utentes e acompanhantes;
- vi. Apoiar os projetos específicos de humanização, em todos os serviços e unidades funcionais da ULS RL;
- vii. Apelar ao respeito pelos valores humanos, empatia e equidade em todos os serviços e unidades funcionais da ULS RL;
- viii. Promover a felicidade corporativa e o salário emocional dos profissionais da ULS RL;
- ix. Promover a humanização dos cuidados de saúde em articulação com parceiros na comunidade;
- x. Apoiar e garantir a continuidade de grupos pré-existentes de profissionais das Unidades Funcionais, que tenham desenvolvido iniciativas relacionadas com *work-life balance*;
- xi. Articular com o Gabinete de Gestão de Risco Clínico, Serviço Social, Gabinete do Cidadão, Liga dos Amigos, Casa do Pessoal, Comissões de Utentes e Associações de Profissionais, no âmbito das suas competências;
- xii. Promover a nomeação e apoiar o trabalho dos elos dinamizadores da humanização nos serviços e nas unidades funcionais.

### **Comissão de Integração de Cuidados de Saúde (CICS)**

A CICS é nomeada pelo Conselho de Administração e é composta por um máximo de 10 membros, integrando obrigatoriamente os Diretores Clínicos e o Enfermeiro-diretor, ou quem

eles designarem para o efeito. A CICS integra os coordenadores de todas as Unidades Coordenadoras Funcionais da ULS RL e tem como principais objetivos:

- i. Desenvolver respostas de proximidade às necessidades assistências;
- ii. Promover a integração dos diferentes níveis de cuidados, recorrendo a processos assistenciais partilhados que facilitem os fluxos do utente e melhorem a efetividade dos cuidados prestados;
- iii. Promover o trabalho em rede e de forma articulada, organizada, complementar e racional, entre os diferentes níveis de cuidados.

### **Comissão de Qualidade e Segurança (CQS)**

A CQS tem como missão a promoção efetiva da qualidade e da segurança na ULS RL, bem como do acesso a cuidados de saúde de qualidade, procedendo à avaliação e aplicação de normas de carácter técnico, quer clínicas quer organizacionais, bem como à monitorização periódica da sua implementação. Está na dependência direta do Conselho de Administração, por si nomeada e é constituída por um máximo de 12 elementos, um dos quais preside e que propõe a nomeação dos restantes.

Compete, genericamente, à CQS:

- i. Participar na formulação da política da qualidade, orientada para as dimensões da segurança, da eficiência e da otimização dos recursos disponíveis;
- ii. Promover o desenvolvimento e implementação de atividades e programas de melhoria contínua da qualidade, clínicas e organizacionais, e da segurança do doente;
- iii. Monitorizar a qualidade e segurança através de indicadores, apoiando e acompanhando os serviços no desenvolvimento de medidas que permitam a melhoria contínua;
- iv. Propor medidas necessárias ao cumprimento das recomendações, normas e orientações emanadas pela DGS;
- v. Promover o envolvimento de todas as unidades da ULSRL no processo de melhoria contínua da qualidade;
- vi. Fornecer informação regular ao Conselho de Administração da ULS RL sobre os processos de qualidade.

### **Comissão de Coordenação Oncológica**

A Comissão de Coordenação Oncológica é um órgão de apoio técnico da área de cuidados de saúde hospitalares, presidido pelo respetivo Diretor Clínico, ou por um dos seus adjuntos, e é composta por até seis membros. Esta Comissão deve integrar médicos com, pelo menos, o grau de especialista nas áreas de cirurgia, oncologia médica e, sempre que possível, de radioterapia e de anatomia patológica.

A Comissão de Coordenação Oncológica rege-se pela Portaria n.º 420/90, de 8 de junho, e pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/2001, de 17 de agosto e tem como competências genéricas:

- i. Organizar as consultas de grupo, multidisciplinares, com o objetivo de analisar e definir a estratégia de diagnóstico e terapêutica relativa a casos clínicos oncológicos;
- ii. Definir e aprovar protocolos de atuação diagnóstica e terapêutica dos diversos tipos de doença oncológica;
- iii. Emitir parecer sobre a estrutura do hospital no âmbito da oncologia;
- iv. Promover e coordenar o registo hospitalar oncológico, fornecendo os elementos necessários ao cumprimento das tarefas do registo oncológico nacional;
- v. Definir critérios e propor protocolos de relacionamento com instituições especialmente vocacionadas para a problemática, em especial o Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.;
- vi. Aprovar as normas de funcionamento da consulta de grupo.

#### **Comissão de Emergência e Catástrofe (CEC)**

Tem como atribuição fundamental assessorar tecnicamente o Conselho de Administração, definindo preventivamente a estratégia, os meios, o modelo de articulação e os níveis de atuação suscetíveis de potenciar a capacidade de reação do ULS RL num contexto de crise ou em situações de emergência (interna e externa), mantendo uma continuidade dos cuidados de saúde e preservando, ao mesmo tempo, a segurança dos doentes e dos profissionais.

A CEC é constituída por uma equipa multidisciplinar, composta pelo Presidente do Conselho de Administração, que coordena, ou por quem este designar, pelos Diretores Clínicos, pelo Enfermeiro Diretor, pelos diretores dos serviços de urgência geral, de urgência pediátrica, de urgência ginecológica e obstétrica, de psiquiatria e saúde mental, delegado de saúde

coordenador, de farmácia hospitalar, de instalações e equipamentos, de sistemas de informação, de aprovisionamento, de gestão hoteleira e da comunicação.

Sempre que se considere necessário, a CEC poderá solicitar o apoio de outros serviços, comissões ou profissionais da ULS RL, bem como recorrer à colaboração de técnicos ou peritos em função da natureza e das matérias a tratar.

À Comissão de Emergência e Catástrofe compete:

- i. Planear, organizar e definir os modelos de intervenção que assegurem a mais eficaz atuação e a articulação de meios e recursos para garantir a atempada resposta em situações de emergência e catástrofe;
- ii. Elaborar o plano de catástrofe, identificando a sua capacidade de resposta máxima;
- iii. Manter atualizado e operacional o plano, de acordo com a análise dos respetivos riscos;
- iv. Realizar pelo menos anualmente ações de caráter informativo e formativo para os colaboradores do ULS RL e exercícios (simulacros), em conformidade com o respetivo plano, de modo a avaliar a sua eficácia e os seus limites;
- v. Assegurar a articulação e colaboração com as entidades externas, nomeadamente Autoridade de Saúde Local, Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, o Instituto Nacional de Emergência Médica, as Comissões Municipais de Proteção Civil, e outros prestadores de cuidados de saúde e entidades do setor social e forças de segurança, sempre que for adequado;
- vi. Reunir ordinariamente com uma periodicidade mínima semestral, e extraordinariamente sempre que necessário.

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

É um órgão consultivo multidisciplinar, composto até 6 membros, de apoio ao Conselho de Administração nos temas e assuntos relacionados com as questões da escolha, introdução, adaptação e otimização de sistemas e tecnologias da informação na instituição. São competências da CLIC:

- i. Garantir que a estratégia para as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) da ULS RL considera os objetivos da Estratégia Nacional para o Ecossistema dos Sistemas de Informação de Saúde 2020 (ENESIS 2020), integra as suas iniciativas e incorpora as boas práticas do Ecossistema de Sistemas de Informação da Saúde (eSIS);

- ii. Implementar na ULS RL as iniciativas no âmbito do ENESIS 2020, coordenando atividades dos diversos departamentos e serviços envolvidos e atribuindo responsabilidades locais pelo cumprimento dos objetivos do eSIS;
- iii. Monitorizar na sua Organização a implementação das iniciativas no âmbito do ENESIS 2020, incluindo a análise de indicadores de acompanhamento e risco, e reportar essa avaliação através da plataforma de Gestão de Portefólio de iniciativas disponibilizadas pela Coordenação do eSIS.

### **Comissão Médica**

A Comissão Médica é um órgão de apoio aos Diretores Clínicos, por eles presidida, cabendo-lhe acompanhar e avaliar a atividade clínica, designadamente os aspetos relacionados com o exercício da medicina.

A Comissão Médica é composta pelos adjuntos dos Diretores Clínicos, pelos coordenadores das UCSP, das USF e da USP e pelos diretores dos serviços de prestação de cuidados, sem prejuízo dos Diretores Clínicos poderem convocar para participar nas reuniões, outros profissionais que considerem relevantes para o assunto a tratar.

A Comissão Médica reúne periodicamente, por convocatória dos Diretores Clínicos, podendo a reunião ser conjunta ou por tipo de cuidados conforme necessidade. Pode ainda reunir extraordinariamente, ou em comissões especializadas, sempre que tal se justifique.

### **Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez (CTCIG)**

A Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez (CTCIG) rege-se, quanto ao modo de funcionamento, pela Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho, que regulamenta a Lei n.º 16/2007, de 17 de abril.

A CTCIG é composta por três ou cinco médicos como membros efetivos e dois suplentes, nomeados pelo Conselho de Administração. Integram, obrigatoriamente, a CTCIG um médico obstetra/ecografista e um neonatologista.

Compete à CTCIG a certificação da situação prevista na alínea c) do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal, bem como prestar os esclarecimentos pertinentes à mulher grávida ou seu representante legal.

A CTCIG reúne:

- i. Mediante convocatória do presidente, sempre que necessário;

- ii. Obrigatória e imediatamente, após a receção dos atestados, relatórios, pareceres médicos e documento normalizado de consentimento.

### **Comissão Transfusional**

A Comissão Transfusional tem por missão promover a implementação do programa de gestão do sangue do doente (PBM) através da operacionalização da Norma n.º 011/2018, de 11 de junho, e dos restantes normativos técnico-organizacionais emitidos pela Direção Geral de Saúde neste âmbito, e de um observatório que promove a implementação das medidas mais adequadas para a melhoria da prática transfusional na instituição, monitorizando a respetiva aplicação. É constituída por profissionais de saúde de serviços com maior volume de prescrição e utilização de componentes sanguíneos, em número de seis membros, e é presidida pelo Diretor Clínico dos cuidados de saúde hospitalares ou por um médico especialista do mapa da instituição por aquele nomeado para esse efeito.

Compete, em especial, à Comissão Transfusional:

- i. Apoiar a operacionalização do plano de contingência do Serviço do Sangue colaborando na implementação de medidas apropriadas em situações de contingência e emergência a nível local, regional e/ou nacional;
- ii. Reforçar, junto dos profissionais de saúde da instituição, o dever de notificar as reações e incidentes adversos, a ineficácia da terapêutica de que tenham conhecimento e situações de necessidades transfusionais não satisfeitas;
- iii. Zelar pelo cumprimento, nomeadamente nas áreas clínicas da Circular Normativa Conjunta IPST, IP/DGS relativa a procedimentos de *Lookback* e *Traceback*;
- iv. Elaborar recomendações;
- v. Definir para a ULS RL políticas gerais nesta área.

## **D. FISCALIZAÇÃO**

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

A ULS RL, nos termos da alínea l) do artigo 3.º do Regime Jurídico de Supervisão e Auditoria, deve dispor de um Conselho Fiscal, ao abrigo do artigo 68.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

**2. Composição, consoante aplicável, do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras, ao longo do ano em referência, com indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração estatutária do mandato, número de membros efetivos e suplentes, data da primeira designação e data do termo de mandato de cada membro. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a entidade deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).**

De acordo com o n.º 2 e 3 do artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, o Conselho Fiscal deve ser constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o presidente do órgão, 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.

Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação		Estatuto Remuneratório Fixado Mensal (€)	N.º de Mandatos
			Forma <sup>(1)</sup>	Data		
2018-2020	Presidente	José António Vila Mona Batalha	Despacho Conjunto do SET e da SES	27-03-2018	801,19 €	7
2021-2023			n.º 3 do artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 52/2022	04-08-2022		
2024			n.º 6 do artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 52/2022	04-08-2022		
2018-2020	Vogal	Telma Carreira Curado	Despacho Conjunto do SET e da SES	27-03-2018	600,89 €	7
2021-2023			n.º 3 do artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 52/2022	04-08-2022		
2024			n.º 6 do artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 52/2022	04-08-2022		
2018-2020	Vogal	Ana Paula Jesus Harfouche	Despacho Conjunto do SET e da SES	14-11-2018	600,89 €	7
2021-2023			n.º 3 do artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 52/2022	04-08-2022		
2024			n.º 6 do artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 52/2022	04-08-2022		
2018-2020	Vogal Suplente	Mário José Alveirinho Carrega	Despacho Conjunto do SET e da SES	27-03-2018		
2021-2023			n.º 3 do artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 52/2022	04-08-2022		
2024			n.º 6 do artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 52/2022	04-08-2022		

(1) Indicar AG/DUE/Despacho.

O Despacho Conjunto dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, de 27 de março de 2018, procedeu à designação do Conselho Fiscal para o mandato de 2018-2020, produzindo efeitos a 1 de janeiro de 2018.

Por renúncia ao cargo da vogal efetiva Dra. Elsa Maria Baião Ferreira Airoso Banza, foi designada para o exercício desse cargo, por Despacho Conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e da

Secretária de Estado da Saúde, de 14 de novembro de 2018, a Dra. Ana Paula de Jesus Harfouche, com efeitos àquela data.

Os membros do Conselho Fiscal da ULS Região de Leiria E.P.E. são:

Presidente: José António da Vila Mona Batalha

Vogal: Ana Paula de Jesus Harfouche

Vogal: Telma Carreira Curado

Vogal Suplente: Mário José Alveirinho Carrega

Por não ter sido proferido despacho de nomeação do Conselho Fiscal, mantêm-se os titulares designados para o triénio 2018-2020 em exercício de funções, nos termos do n.º 3 e 6 do artigo 79.º do Decreto -Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

**3. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras e outros. Deverão especificamente ser indicadas as atividades profissionais exercidas, pelo menos, nos últimos 5 anos**

Os elementos curriculares dos membros do Conselho Fiscal são apresentados no ponto D. Outros Anexos do capítulo XI. Anexos RGS (Anexo 3).

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

Não foram contratados quaisquer serviços adicionais a serviços de auditoria ao auditor externo, nem se encontram definidos ainda quaisquer procedimentos e critérios aplicáveis à intervenção do órgão de fiscalização para o efeito.

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

O órgão de fiscalização não desempenhou outras funções na ULS RL.

**6. 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**

Conforme estipulado pelo artigo 79º do Capítulo IV, Secção III, do Decreto-Lei 52/2022 de 4 de agosto:

*“(...) 2 — O conselho fiscal é constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o presidente do órgão.*

*3 — 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. (...).*

*5 — A remuneração do conselho fiscal é fixada no despacho a que se refere o n.º 3, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação do estabelecimento de saúde, E. P. E., fixados na resolução do Conselho de Ministros a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual.*

*6 — Cessando o mandato do conselho fiscal e do revisor oficial de contas, mantêm-se os titulares em exercício de funções até à designação de novos órgãos ou à declaração ministerial de cessação de funções.”.*

Considerando que até à data não foi proferido despacho de nomeação do Conselho Fiscal para o triénio 2021-2023, mantêm-se os titulares designados para o triénio 2018-2020 em exercício de funções, nos termos do n.º 6 do 79º do Capítulo IV, Secção III, do Decreto-Lei 52/2022 de 4 de agosto.

Consideram-se independentes, para efeitos do estipulado no Código das Sociedades Comerciais, todos os membros do Conselho Fiscal, na sua atual composição (José António da Vila Mona Batalha – Presidente e Telma Carreira Curado e Ana Paula de Jesus Harfouche – Vogais).

**7. 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**

N.º	Data	Local	Intervenientes	Ausências dos membros do Órgão de Fiscalização
1	11/01/2024	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
2	14/02/2024	Leiria	Membros do Conselho Fiscal e Auditoria Interna	Não se verificaram ausências
3	13/03/2024	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
4	17/04/2024	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
5	15/05/2024	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
6	12/06/2024	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
7	09/08/2024	Leiria	Membros do Conselho Fiscal e Auditoria Interna	Não se verificaram ausências
8	21/08/2024	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
9	26/08/2024	Via telemática	Membros do Conselho Fiscal e do Revisor Oficial de Contas	Não se verificaram ausências
10	30/08/2024	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
11	05/09/2024	Via telemática	Membros do Conselho Fiscal e do Revisor Oficial de Contas	Não se verificaram ausências
12	16/10/2024	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
13	13/11/2024	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
14	27/12/2024	Campo Grande, Lisboa	Membros do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências

**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**

***Presidente – José António da Vila Mona Batalha***

Revisor Oficial de Contas/Fiscal Único, como administrador da ABC - Azevedo Rodrigues, Batalha, Costa & Associados, SROC, LDA., de pequenas e médias entidades;

Presidente do Conselho Fiscal da Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.;

Presidente do Conselho Fiscal da Unidade Local de Saúde da Lezíria, E.P.E..

***Vogal – Telma Carreira Curado***

Revisor Oficial de Contas/Fiscal Único, como administrador da TCC & Associados, SROC, LDA., de pequenas e médias entidades;

Vogal do Conselho Fiscal da Unidade Local de Saúde Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.;

Vogal do Conselho Fiscal da Unidade Local de Saúde da Lezíria, E.P.E..

***Vogal – Ana Paula de Jesus Harfouche***

Projetos para o Desenvolvimento Sustentável – *Head* da Equipa Científica de Projetos de Desenvolvimento Sustentável e *Head* da AGENDA de SUSTENTABILIDADE e ESG da ARSLVT | Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT);

Vogal do Conselho Fiscal do Montepio Geral, Associação Mutualista;

Vogal do Conselho Fiscal da Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.;

Vogal do Conselho Fiscal da Unidade Local de Saúde da Lezíria, E.P.E..

***Vogal Suplente – Mário José Alveirinho Carrega***

Presidente da Mesa da Assembleia Geral da SIMAB – Sociedade Instaladora de Mercados Abastecedores, S.A.;

Presidente do Conselho Fiscal da APS, Administração do Porto de Sines, S.A.;

Secretário da Mesa da Assembleia Geral da Parvalorem, S.A.;

Secretário da Mesa da Assembleia Geral da Parparticipadas, S.A.;

Fundador Honorário da Fundação Museu do Douro.

**E. REVISOR OFICIAL DE CONTAS (ROC)**

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

**durante o ano em reporte, a entidade deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou)**

De acordo com o disposto no n.º 4 do artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, o Revisor Oficial de Contas é nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal.

Nos termos do Despacho Conjunto dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, de 12 de julho de 2018, foi designado Revisor Oficial de Contas, para o mandato 2018-2020, incluindo ainda o ano de 2017, a sociedade BDO & Associados - SROC Lda., inscrita na Ordem dos ROC sob o n.º 29 e registada na CMVM sob o n.º 20161384, representada pelo Dr. João Paulo Torres Cunha Ferreira, inscrito na Ordem dos ROC sob o n.º 956 e na CMVM sob o n.º 20160573, a prestar serviços a este Centro Hospitalar desde o exercício de 2018, ano em que prestou o serviço de revisão legal das contas do exercício de 2017.

Em 2019, por motivos de falecimento do Dr. João Paulo Torres Cunha Ferreira, a BDO & Associados - SROC Lda. passou a ser representada pelo Dr. António José Correia de Pina Fonseca, inscrito na Ordem dos ROC sob o n.º 949 e na CMVM sob o n.º 20160566.

Estando o Revisor Oficial de Contas originalmente mandatado para o triénio 2018-2020, foi apresentada proposta fundamentada, pelo Conselho Fiscal, de renovação de mandato da BDO & Associados - SROC Lda., aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde para o triénio 2021-2023.

O Despacho n.º 1300/2022, de 24 e 25 de janeiro de 2022, dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, designa como Revisor Oficial de Contas, para o triénio de 2022-2024, a sociedade BDO & Associados, SROC, Lda. registada como SROC n.º 29 junto da OROC e na CMVM com o n.º 20161384, representada por António José Correia de Pina Fonseca, ROC n.º 949, inscrito na CMVM com o n.º 20160566.

Designa, também, como Revisor Oficial de Contas suplente, para o triénio 2022-2024, a sociedade Oliveira, Reis & Associados, SROC, Lda. registada como SROC n.º 23 junto da OROC e na CMVM com o n.º 20161381, representada por Joaquim Oliveira de Jesus, ROC n.º 1056.

Os honorários ílquidos do ROC para o triénio apresentam o montante total de € 59.400.

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

O mandato do revisor oficial de contas tem a duração de três anos, renovável por única vez, conforme estabelecido no n.º 4 do artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

## 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

A BDO & Associados, SROC, Lda. foi designada para o mandato 2018-2020 e Certificação Legal de Contas de 2017, tendo dado continuidade ao serviço de revisão legal de contas no exercício de 2021.

A BDO & Associados, SROC, Lda. foi, também, designada como Revisor Oficial de Contas, para o triénio de 2022-2024, conforme Despacho n.º 1300/2022, de 24 e 25 de janeiro de 2022, dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde.

Mandato (Início - Fim)	Cargo	Identificação SROC/BDC			Designação			Nº de anos de funções exercidas no grupo	Nº de anos de funções exercidas na
		Nome	Nº de Inscrição na CROC	Nº Registo na EMVM	Forma <sup>(1)</sup>	Data	Data do Contrato		
2017	SROC (efetiva)	BDO & Associados, SROC, Lda.	29	20161384	Despacho Conjunto dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde	12.07.2018	28.11.2018	7	7
2018-2020					Artigo 15.º, n.º 3 e 6, do Anexo II ao DL 18/2017, de 10 fevereiro (revogado pelo DL 52/2022 de 4 de agosto, Artigo 79.º, n.º 3 e 6)				
2021					Despacho n.º 1300/2022, dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde	24.01.2022 25.01.2022	01.01.2022		
2022-2024	SROC (suplente)	Oliveira, Reis & Associados, Lda.	23	20161381	Despacho n.º 1300/2022, dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde	24.01.2022 25.01.2022			
2017 - 2018	ROC (efetiva)	Representada por: João Paulo Torres Cunha Ferreira	956	20160573	Despacho Conjunto dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde	12.07.2018	28.11.2018	2	2
2019-2020	ROC (efetivo)	Representada por: António José Correia de Pina Fonseca	949	20160566	Artigo 15.º, n.º 3 e 6, do Anexo II ao DL 18/2017, de 10 fevereiro (revogado pelo DL 52/2022 de 4 de agosto, Artigo 79.º, n.º 3 e 6)			5	5
2021					Despacho n.º 1300/2022, dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde	24.01.2022 25.01.2022	01.01.2022		
2022-2024					Despacho n.º 1300/2022, dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde	24.01.2022 25.01.2022			
2022-2024	ROC (suplente)	Representada por: Joaquim Oliveira de Jesus	1056		Despacho n.º 1300/2022, dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde	24.01.2022 25.01.2022			

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

(1) Indicar AG/DUE/Despacho (D).

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



A BDO & Associados, SROC, Lda. não prestou quaisquer serviços distintos dos serviços de revisão legal de contas.

## F. CONSELHO CONSULTIVO

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

De acordo com o n.º 1 do artigo 83.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, o conselho consultivo é composto por 8 membros, cujo mandato tem a duração de 3 anos, sem prejuízo da possibilidade da sua substituição, a todo o tempo, pelas entidades que o designaram ou elegeram.

Em 2018.11.07 o Conselho de Administração deliberou divulgar aos profissionais a composição do Conselho Consultivo:

Conselho Consultivo	
Presidente	Álvaro José Brilhante Laborinho Lúcio
Membro nomeado pelo Ministério da Saúde	Maria Pedro Sucena Guarino
Representante da ARS Centro	António da Silva Cabeço
Representante dos Utentes	Paulo Lameiro
Representante Trabalhadores	Fernando Mendes Parreira
Representante dos Voluntários	Noberto Antunes Serra
Representantes da ULS RL	Manuel Jesus Antunes
	José Carlos Rodrigues Gomes

## G. AUDITOR EXTERNO

A ULS RL não tem Auditor Externo.

## **VI. ORGANIZAÇÃO INTERNA**

### **A. ESTATUTOS E COMUNICAÇÕES**

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

A Unidade Local de Saúde da Região de Leiria (ULS RL) é uma entidade pública empresarial (E.P.E.), integrada no Setor Público Empresarial. A sua constituição foi aprovada pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que estabelece a criação das unidades locais de saúde com natureza de entidade pública empresarial, integrando cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados.

Os Estatutos das ULS encontram-se definidos nos termos do referido diploma, que revoga o anterior regime aplicável aos centros hospitalares e demais unidades constantes do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, no âmbito da reorganização do modelo de prestação de cuidados de saúde.

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

Nos termos do artigo 89.º dos Estatutos das Unidades Locais de Saúde, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, a Unidade Local de Saúde da Região de Leiria ULS RL dispõe de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, concebido para assegurar a conformidade com os princípios da boa gestão, transparência, integridade e responsabilidade na utilização dos recursos públicos e na prestação de cuidados de saúde.

O Conselho de Administração (CA) é responsável pela implementação, supervisão e contínua atualização do sistema de controlo interno e dos canais de comunicação de irregularidades, de acordo com Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC) e a Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro, relativa à proteção de denunciantes.

Ao Auditor Interno, compete a avaliação da eficácia do sistema pela monitorização dos procedimentos adotados, da análise dos riscos identificados, da verificação do cumprimento de normas internas e da produção de recomendações de melhoria contínua. Esta atuação articula-se com o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC), aprovado pelo CA.

A primeira versão do Regulamento de Comunicação de Irregularidades foi aprovada pelo Conselho de Administração a 2015.06.25, com a última atualização (3.ª revisão), aprovada por

deliberação do mesmo órgão de 2023.05.03. As comunicações de irregularidades são também consideradas instrumentos relevantes na avaliação da eficácia dos controlos internos existentes, permitindo detetar falhas sistémicas, fragilidades operacionais e oportunidades de melhoria nos processos internos. Conforme disposto no artigo 5.º deste Regulamento, o procedimento para receção de comunicações de eventuais irregularidades segue os seguintes trâmites:

1. As comunicações de irregularidades abrangidas pelo presente regulamento devem ser efetuadas da seguinte forma:
  - a) Por correio eletrónico para o endereço ([irregularidades@ulsrl.min-saude.pt](mailto:irregularidades@ulsrl.min-saude.pt)), criado exclusivamente para esse efeito, ou por via postal, remetida ao Serviço de Auditoria Interna da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, para a seguinte morada: Rua das Olhalvas, Pousos, 2410 – 197 Leiria;
  - b) Todas as comunicações de irregularidades devem ser reencaminhadas exclusivamente para o Serviço de Auditoria Interna;
  - c) Identificar a comunicação como confidencial e caso a mesma seja efetuada por carta, adotar um formato que permita garantir a sua confidencialidade até à receção pelo respetivo destinatário;
  - d) Identificar o autor, mencionando expressamente se pretende manter a confidencialidade da sua identidade;
  - e) Conter uma descrição dos factos que suportam a apreciação da irregularidade comunicada.
  
2. O Gabinete de Gestão de Risco e o Gabinete do Cidadão devem comunicar ao Serviço de Auditoria Interna as notificações recebidas que se enquadrem no âmbito do conceito de irregularidade definido no artigo 2.º do presente regulamento.

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

Por deliberação do CA de 2025.01.28 foi aprovada a 6.ª atualização do PGRCIC, onde se identificam os riscos, a sua categoria, se procede à sua avaliação, probabilidade de ocorrência, impacto, nível de controlo e respetivas medidas preventivas, abrangendo todas as áreas de gestão e logística da ULS RL, o CA e as áreas clínicas.

Este Plano encontra-se divulgado e disponibilizado em todas as áreas operacionais do Hospital, e no *site* da ULS RL:

[https://www.ulsrl.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/38/2025/03/Gest%C3%A3o-de-riscos-de-corrup%C3%A7%C3%A3o-e-infra%C3%A7%C3%B5es-conexas\\_6-revis%C3%A3o.pdf](https://www.ulsrl.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/38/2025/03/Gest%C3%A3o-de-riscos-de-corrup%C3%A7%C3%A3o-e-infra%C3%A7%C3%B5es-conexas_6-revis%C3%A3o.pdf)

Relativamente às políticas antifraude adotadas e identificação de ferramentas existentes com vista à mitigação e prevenção de fraude organizacional, remetemos para o ponto 3 da área seguinte, referente ao Controlo Interno e Gestão de Risco.

## **B. CONTROLO INTERNO E PREVENÇÃO DE RISCOS**

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

A ULS RL dispõe de um SCI estruturado e compatível com a dimensão, natureza e complexidade da sua atividade, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que estabelece o regime jurídico aplicável às Unidades Locais de Saúde.

O sistema de controlo interno compreende um conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos na ULS RL com vista a garantir:

- i. Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e recursos, a continuidade, a segurança e a qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas;
- ii. A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;
- iii. O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações tutelares e recomendações aplicáveis de entidades externas como o Tribunal de Contas.

Encontra-se concluído e implementado um sistema de controlo interno consubstanciado em manuais de procedimentos para cada área operacional (v.g. Recursos Humanos, Gestão de Doentes, Aprovisionamento, Gestão do Imobilizado, Farmácia, Gestão Financeira) e está implementado o processo de verificação da execução do PGRCIC. Os manuais foram elaborados a partir das orientações da ACSS, que estabeleceu e divulgou as melhores práticas de controlo

em relação aos principais processos - tendo presente a segregação de funções e o impacto operacional e financeiro - da atividade hospitalar.

O modelo de controlo interno adotado é baseado numa abordagem por riscos, com avaliação contínua dos processos críticos, assegurando uma segregação adequada de funções, procedimentos de conferência e validação, e mecanismos de monitorização periódica.

Dos vários mecanismos implementados que contribuem para a redução dos riscos relevantes, destacamos, para além do plano de gestão de risco e infrações conexas:

- Código de ética;
- Regulamento Interno;
- Manuais de procedimentos administrativos e contabilísticos;
- Regulamento de Comunicação de Irregularidades;
- Acreditação Internacional da Qualidade pela *Joint Commission International* para o triénio de 2023-2026 (Acreditação é global, transversal a todas as áreas da ULS RL, desde infraestruturas, equipamentos, ambiente, cuidados assistenciais, prevenção e controlo da infeção, direitos do doente, formação dos colaboradores, etc.);
- Regulamento Geral de Proteção de Dados.

Em adicional, nos termos do n.º 1 do artigo 72.º dos Estatutos das Unidades Locais de Saúde, aprovados e publicados pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial da ULS RL é assegurada por um conselho fiscal e por uma sociedade de revisores oficiais de contas, designada nos termos da lei. Esta estrutura visa garantir a conformidade com os normativos legais e regulamentares aplicáveis, bem como assegurar a transparência e a boa gestão dos recursos públicos.

## **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**

O CA é o órgão máximo com responsabilidades no SCI e de gestão do risco, incluindo de corrupção e infrações conexas e o sistema de comunicação interna de irregularidades, competindo-lhe assegurar a sua implementação e manutenção.

Ao Serviço de Auditoria Interno (SAI) compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

O SAI à data de 2024.12.31 era constituído por um auditor interno e um técnico superior de auditoria. A nomeação do novo Auditor Interno foi aprovada por deliberação do Conselho de Administração de 2023.02.22, com início de funções a 1 de julho de 2023.

Os Diretores dos Serviços são responsáveis pela organização, aplicação e acompanhamento do SCI incluindo do plano de prevenção de riscos de gestão, incluindo de corrupção e infrações conexas na parte respetiva às suas áreas de atuação.

### 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

No Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) identificam-se como principais os seguintes riscos:

#### Conselho de Administração

Categori a do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
<b>Risco - muito baixo / baixo / moderado</b>						
RCO; RO	Exercício de atividades não autorizadas	Significativo	Ocasional	Adequado	Baixo	1 - Obrigatoriedade de preenchimento de declaração de autorização de acumulação de funções, conforme disposto no artigo 29.º da Lei nº 12 A/2008, de 27 de fevereiro; 2 - Registo biométrico da assiduidade a todos os grupos profissionais.
RCO	Ausência da declaração de conflito de interesses	Moderado	Ocasional	Forte	Muito baixo	1 - Existência de Declaração escrita dos membros do CA em como não existem quaisquer relações suscetíveis de gerar conflitos de interesses com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócios, nos termos do artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro.
RO; RP	Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade	Significativo	Ocasional	Adequado	Baixo	1 - Criação de níveis de serviço que garantam que situações iguais têm tratamentos iguais; 2 - Segregação de funções; 3 - Rotatividade de funções; 4 - Promoção da tomada de decisão pelos vários membros do CA, em reunião conjunta.
<b>Risco - elevado / crítico</b>						
RO; RP	Abuso de poder no exercício de funções de chefia	Elevado	Ocasional	Adequado	Elevado	1- Identificar e publicitar as delegações de competências e pelouros atribuídos no Relatório de Governo Societário para uma maior transparência e responsabilização. As delegações de competências devem ser revistas com periodicidade definida. Além disso, os relatórios de governo societário deverão incluir indicadores de desempenho e informações sobre a implementação de boas práticas e de governação assegurando uma visão clara e contínua das responsabilidades e ações da gestão. 2 - Sensibilização para as sanções presentes nos Estatutos do Gestor Público, em caso de infrações que cometam no exercício das suas funções; 3- Maior divulgação dos mecanismos de denuncia internos, para que os colaboradores possam relatar práticas abusivas ; 4- Realização de avaliação das chefias através do questionário de satisfação dos profissionais com periodicidade anual, para promover uma gestão mais transparente e responsável. O feedback obtido será acompanhado por ações corretivas sempre que necessário, com a implementação de uma política de acompanhamento rigoroso das medidas corretivas adotadas.



**Cuidados de Saúde Hospitalares:**

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
<b>Risco - muito baixo / baixo / moderado</b>						
RCO; RO; RE	Fixação de objetivos inacessíveis numa perspetiva de constante crescimento do nível da produção (atividade assistencial)	Significativo	Ocasional	Inadequado	Baixo	1-Necessidade de adequação das perspetivas de produção ao número de recursos humanos; 2- Modelação da oferta de cuidados de saúde às necessidades da população.
RO	Absentismo laboral / Saúde mental	Significativo	Ocasional	Adequado	Baixo	1 - Promoção de uma cultura organizacional saudável através de atividades de socialização e ações de team building; 2 - Promoção junto dos profissionais dos canais internos de denuncia de situações abusivas.
<b>Risco - elevado / crítico</b>						
RCO; RO; RP;	Acesso ou uso não autorizado da informação clínica	Elevado	Muito frequente	Adequado	Elevado	1- Acesso à aplicação feito através de perfis de utilizador; 2- Definição de procedimentos no âmbito do cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) pelo Responsável pelo Acesso à informação (RAI). 3 – Atualização das políticas internas sobre o uso da informação clínica, e respetivas consequências para acessos não autorizados; 4- Execução de procedimentos internos de controlo aos sistemas de informação para verificação do cumprimento das políticas internas e legislação aplicável.
RCO; RO; RP	Desvios na lista de espera (cirurgia e consulta) pelo favorecimento de utentes	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1- Monitorização das listas de espera para consulta e cirurgia, com níveis de prioridade estabelecidos que permitam rastrear alterações, acessos e ações realizadas; 2- Realização de procedimentos internos de controlo às listas de espera, de forma a identificar inconsistências; 3 - Publicitação interna de relatório com periodicidade mensal com indicação específicas sobre as listas de espera, garantindo transparência e escrutínio; 4 - Rastreabilidade de todas as modificação nas listas de espera, através de registo em suporte digital, com identificação do responsável pela alteração e respetivo motivo.

RO; RE	Realização externa de atos clínicos sem validação da capacidade instalada	Elevado	Muito frequente	Adequado	Elevado	1- Análise detalhada da capacidade instalada por especialidade, considerando o volume dos atendimentos e a taxa de utilização dos equipamentos e profissionais; 2- Execução de estudos semestrais, para comparar o volume dos atendimentos com a capacidade instalada, de forma a determinar as melhores condutas de planeamento e gestão interna de recursos; 3 - Definição de políticas internas com critérios objetivos para a necessidade de contratação de serviços no exterior; 4 - Realização de procedimentos internos de controlo de avaliação aos serviços contratados no exterior, de forma a assegurar que foram requisitados de forma justificada.
RO	Tempestividade no acesso a relatórios de MCDT prescritos	Significativo	Muito frequente	Inadequado	Elevado	1 - Realização de procedimentos internos de controlo aos tempos de acesso aos relatórios de MCDT, com análise de processos e resolução de possíveis falhas; 2 - Penalização pelo incumprimento dos prazos contratualizados; 3 - Utilização de aplicativos informáticos específicos para gestão do processo de pedido, realização, e entrega dos relatórios de MCDT, com a respetiva integração entre sistemas; 4 - Implementação de medidas estratégicas para identificar eventuais acumulações dos atrasos (ex. período de férias).

**Serviço de Gestão de Doentes**

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
<b>Risco - muito baixo / baixo / moderado</b>						
RCO; RO; RSI	Erros e falhas na recolha e atualização dos dados dos utentes	Moderado	Frequente	Adequado	Baixo	1 - Ligação de validação de dados via RNU; 2 - Promoção de formação do corpo técnico que executa a inscrição do utente no momento da admissão; 3 - Realização de auditorias aos dados administrativos; 4 - Correção das anomalias identificadas;
RCO; RO	Falta de cobrança de taxas moderadoras no momento da efetivação do ato médico	Significativo	Muito frequente	Forte	Moderado	1 - Ligação de validação de dados à RNU de forma a validar a isenção da taxa; 2 - Implementação de procedimentos que garantam maior celeridade na cobrança; 3 - Avaliação de eficácia individual, na cobrança de taxas moderadoras (Serviço de urgência); 4 - Promoção de formação do corpo técnico que executa a cobrança.
RO	Apropriação indevida de taxas moderadoras	Significativo	Frequente	Forte	Moderado	1 - Sensibilização para as sanções que inibam práticas de apropriação indevida de valores;
RO; RP	Não entrega das pertenças aos doentes	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Regulamento de entrega de Espólios 2 - Definição de funções na guarda e entrega dos pertences; 2 - Existência de um cofre específico para episódios de valor com acesso controlado.
RCO; RO	Manuais de procedimentos desatualizados	Moderado	Ocasional	Inadequado	Baixo	1 - Existência / atualização dos manuais de procedimentos
<b>Risco - elevado / crítico</b>						
RCO; RO	Isenção de pagamentos de taxas moderadoras de forma indevida	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1 - Auditorias aos registos manuais de isenção do utente, para identificar isenções indevidas e corrigir falhas nos processos; 2 - Revisão periódica dos critérios de elegibilidade para isenção inseridos nos sistemas informáticos, para verificação se os mesmos estão corretos e são atuais; 3 - Maior divulgação dos canais de denúncia junto dos utentes, incentivando a transparência e a responsabilização de situações abusivas; 4 - Monitorização periódica do número de isenções concedidas e os critérios mais frequentes, para avaliação de resultados e definição de parâmetros.
RCO; RO; RE; RP	Cedência de informação clínica no âmbito do pedido centralizado	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	1 - Determinação de políticas internas de controlo adicional para acesso a informação crítica, tendo por base os critérios de acesso definidos e aprovados no acesso à informação clínica; 2- Definição de procedimentos internos de gestão de perfis no acesso à informação, assegurando que cada profissional acede apenas aos dados relevantes e necessários para o desempenho das suas funções; 3- Realização de procedimentos internos de controlo nos processos de cedência de informação clínica, para identificar possíveis falhas e melhorar procedimentos; 4- Criação de uma base de dados com a identificação dos incidentes relacionados ao uso indevido de cedência de informação clínica.



RCO; RO; RP	Recurso indevido à isenção de pagamento de transportes não urgente de doentes	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	<p>1 - Implementação de processos de rotatividade nos profissionais administrativos a desempenhar funções na cedência de isenção de transportes não urgentes;</p> <p>2 - Execução de auditorias aos critérios de prescrição do transporte para utentes e do respetivo suporte ao fundamentar da isenção;</p> <p>3 - Elaboração de relatório de ocorrências e reclamações, com periodicidade semestral, e respetivas ações desenvolvidas, assim como divulgação das empresas com maior volume realizado de transporte e respetivo detalhe do serviços prestado;</p> <p>4 - Desenvolvimento de ações de sensibilização juntos dos utentes sobre o impacto do uso indevido de transporte não urgente, e das possíveis alternativas para os utentes que não atendem aos critérios de isenção.</p>
-------------	---	---------------	-----------------	----------	---------	---

### Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
<b>Risco - muito baixo / baixo / moderado</b>						
RCO; RO	Faltas, férias e licenças em desconformidade legal	Significativo	Frequente	Forte	Baixo	<p>1 - Todas as informações sobre faltas, férias e licenças devem conter fundamentação legal;</p> <p>2 - Os planos de férias são autorizados pelo CA, sob proposta dos Diretores dos Serviços.</p>
RCO; RO	Incumprimento do número de horas mensais dos profissionais em regime de contrato de prestação de serviço	Significativo	Muito Frequente	Forte	Moderado	<p>1 - Controlo por registo biométrico para a totalidade dos prestadores de serviço;</p> <p>2 - Inserção no sistema de informação do SGRH do número de horas mensais a realizar pelo prestador;</p> <p>3 - Controlo mensal do número de horas contratualizadas e executadas.</p>
<b>Risco - elevado / crítico</b>						
RO; RSI	Modificação manual dos dados da assiduidade	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	<p>1 - Implementação de bloqueios automáticos que impeçam registos de picagens por diretores de serviço sempre que se verificarem no mesmo mês 5 alterações manuais. Todas as alterações subsequentes devem ser devidamente justificadas junto do SGRH;;</p> <p>2 - Os Trabalhadores do SGRH não devem executar tarefas operacionais de gestão da assiduidade, devendo a responsabilidade ser de cada serviço.;</p> <p>3 - O acesso à aplicação de gestão de assiduidade deve realizar-se mediante a identificação do utilizador e respetiva <i>password</i>, segundo níveis de acesso;</p> <p>4 - Com periodicidade mensal, o SGRH deve assegurar se a verificação mensal de processamentos foi efetivada, imediatamente antes e após o fecho.</p>

RCO; RO	Dedicação plena no SNS e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar	Significativo	Muito Frequente	Inadequado	Elevado	1 - Verificação do cumprimento do disposto no Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, em particular o disposto no n.º7 - incompatibilidades e impedimentos; 2 - O SGRH monitoriza os registos de assiduidade para o cumprimento do regime remuneratório associado ao regime de dedicação plena; 3 - O SGRH monitoriza e define limites para horas extraordinárias e turnos, para evitar sobrecarga e cumprimento da legislação em vigor; 4 - Divulgação de síntese de informação atualizada para esclarecimento dos profissionais com adesão a este regime.
RCO; RE	Ausência de suporte às remunerações fora do período normal de trabalho	Elevado	Muito Frequente	Inadequado	Crítico	1 - Confirmação das escalas elaboradas pelas chefias e aprovadas pelo CA; 2 - O número de recursos humanos presentes nas escalas deve ser devidamente justificado; 3 - Processamento só realizado após autorização do CA; 4 - Obrigatoriedade de utilização de registo biométrico para registo das horas trabalhadas.
RCO; RO	Manual de procedimentos inexistente / desatualizado - Assiduidade	Significativo	Ocasional	Inadequado	Elevado	1 - Revisão e atualização dos manuais de procedimentos de acordo com os requisitos legais e normas internas. 2 - O SGRH deve proceder à criação de uma equipa responsável pela atualização do documento, e implementar prazos para garantir o seu desenvolvimento e conclusão.

### Serviço de Gestão Financeira

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
<b>Risco - muito baixo / baixo / moderado</b>						
RO	Pagamentos preferenciais mais céleres a determinados fornecedores	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Segregação de funções; 2 - Análise mensal da antiguidade de saldos de fornecedores pelo Serviço de Gestão Financeira; 3 - Circularização de saldos de fornecedores.
RCO	Pagamento de despesa sem confirmação de situação contributiva e tributária do fornecedor estar regularizada.	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - O Serviço de Gestão Financeira confirma a situação contributiva e tributária do fornecedor antes de ser feito qualquer pagamento (pagamentos superiores a €3.000).



RO	Pagamentos em montantes superiores aos efetivamente faturados	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Segregação de funções; 2 - Verificação da inexistência de pagamentos divergentes dos valores das faturas; 3 - Análise regular da conta corrente de fornecedores; 4 - Circularização dos fornecedores.
RO	Manutenção de dados mestre de fornecedores	Reduzido	Frequente	Forte	Baixo	1 - Segregação de funções; 2 - Confirmação de dados com a contraparte de forma regular.
RCO; RO	Tempestividade no registo contabilístico de documentos	Moderado	Muito frequente	Inadequado	Moderado	1 - As faturas após confirmação da entrada do bem/prestação do serviço pelo SA, são contabilizadas em conta corrente do fornecedor. 2 - Nos casos em que os artigos são acompanhados de guia de remessa, realiza-se registo em conta de faturas em receção e conferência para posterior registo da fatura;
RO	Desvio de fundos	Moderado	Muito frequente	Inadequado	Moderado	1 - Elaboração diária das folhas de caixa, com conferência pelo superior hierárquico. 2 - Realização de reconciliações bancárias por colaborador não afeto à tesouraria; 3 - Circularização periódica dos saldos de terceiros
RO	Cobranças não depositadas, total ou parcialmente	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Privilegiar os recebimentos por transferência bancária, utilizar <i>homebanking</i> , reduzindo a utilização de cheques e dinheiro; 2 - Reconciliações bancárias mensais; 3 - Segregação de funções.
RO	Incobrávelidade	Reduzido	Muito frequente	Adequado	Muito baixo	1 - Análise periódica de saldos de clientes; 2 - Gestão de cobrança de documentos vencidos; 3 - Envio de relação de clientes em atraso para o Gabinete Jurídico.
RCO	A execução orçamental conduz a um aumento dos pagamentos em atraso.	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Aplicação das restrições impostas pelo artigo 8.º da Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro; 2 - Controlo efetivo da assunção de compromissos com a emissão de alertas pelo Serviço de Gestão Financeira ao CA e Serviço de Aprovisionamento.
RCO; RO	Manuais de procedimentos desatualizados ou inexistentes	Reduzido	Frequente	Inadequado	Moderado	1 - Elaboração de instruções de trabalho detalhadas para os procedimentos executados pelo Serviço de Gestão Financeira; 2 - Manuais de procedimentos, em conformidade com os requisitos legais e as normas internas, em processo de revisão e atualização.

Risco - elevado / crítico

RCO; RO	Pagamento de despesa sem visto prévio do tribunal de contas	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1 - No processo de cabimentação prévia o Serviço de Aprovisionamento informa o Serviço de Gestão Financeira sempre que há processos de compra a aguardar Visto do Tribunal de Contas. A necessidade de despesa deve ser devidamente planeada, para uma submissão tempestiva dos processos, evitando comportamento pouco concorrenciais. 2 - O Serviço de Gestão Financeira, segundo procedimento interno, deve implementar medidas de bloqueio automáticas de pagamentos sem visto prévio, salvaguardando os riscos de responsabilidade. 3 - Exigir o procedimento de dupla aprovação interna antes do pagamento sujeito a visto, assegurando uma revisão detalhada dos documentos. 4 - Maior divulgação do canal de denúncias internas, para que os funcionários reportem possíveis irregularidades no processo de pagamento.
---------	---	---------------	-----------------	----------	---------	---

RCO	Pagamento a fornecedores referentes a processos sem publicitação no portal BaseGov	Significativo	Muito frequente	Inadequado	Elevado	1 - A publicitação no portal BaseGov é da responsabilidade do Serviço de Aprovisionamento e, salvo raras exceções perfeitamente identificadas, os documentos entregues no SGF estão em condições de ser pagos; 2 - Implementação de processo de monitorização, segundo procedimento aleatório, de validação da publicitação no portal BaseGov, assegurando que o procedimento está efetivamente disponível para consulta por elementos externos à Instituição.
RCO; RO; RP	Plano Plurianual de Investimentos e Acompanhamento da Execução de contratos	Moderado	Frequente	Adequado	Elevado	1 - Criação de rotinas de Reporte Mensal: Implementar relatórios mensais para avaliar a execução dos investimentos e identificar desvios; 2 - Segregação de funções no tratamento e inserção de dados na plataforma e promoção de formações periódicas sobre gestão e controlo orçamental e conformidade legal. 3 - Estabelecer as funções e responsabilidades de cada área envolvida na execução dos investimentos e no acompanhamento da execução orçamental. 4 - O Gestor do Contrato deve criar rotinas internas de controlo e monitorização de contratos que incluam a verificação de conformidade, prazos e valores acumulados.

**Serviço de Aprovisionamento**

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
<b>Risco - muito baixo / baixo / moderado</b>						
RCO; RO	Supressão de procedimentos nos processos de aquisição de bens e serviços	Significativo	Muito Freqüente	Forte	Moderado	1- Segregação de funções em termos de consulta ao mercado, pedidos de compra e gestão de dados mestre de fornecedores; 2- Emissão de parecer por parte do Gabinete Jurídico; 3 - Listar e confirmar o cumprimento dos procedimentos;
RCO; RO	Conflito de interesses - processos de aquisição de bens, serviços e empreitadas	Significativo	Muito Freqüente	Forte	Moderado	1- Subscrição de declaração de compromisso relativa a incompatibilidades/impedimentos; 2- Promoção de formação sobre o CCP dos profissionais do SA; 3 - No júri do procedimento, não exista mais do que um elemento do SA.
RO	Ausência de mecanismos que identifiquem situações de conluio entre adjudicatários e funcionários do ULS RL	Significativo	Muito Freqüente	Forte	Moderado	1 - Divulgação do código de ética; 2 - Sensibilização para as consequências da corrupção e infrações conexas; 3 - Segregação de funções na elaboração do procedimento; 4 - Rotatividade nas atividades a realizar.
RSI; RO	Ausência de alerta dos termos dos contratos (renovação / abertura de concurso), resultando no seu prolongamento	Moderado	Muito Freqüente	Adequado	Baixo	1 - Extração do aplicativo GHAF de listagem dos contratos ativos, para apuramento dos que se encontram com necessidades de calendarização em termos de renovação.
RO	Ajuste diretos simplificados - falta de convite a novos fornecedores	Moderado	Muito Freqüente	Adequado	Baixo	1 - Centralização dos processos de aquisição de ajuste direto simplificado no SA; 2 - Emissão de parecer pelo Gabinete Jurídico; 3 - Avaliação de todos os fornecedores em termos de qualidade, satisfação, prazos de entrega e cumprimento dos itens contratuais (artigos de armazém); 4 - Limitar ao indispensável a utilização dos procedimentos de ajuste direto simplificado.
RO	Ausência de controlo dos consumos relativos aos contratos de artigos à consignação	Moderado	Freqüente	Forte	Muito Baixo	1 - Implementação de alertas automáticos para os níveis de consumo; 2 - Realização de processos de circularização com periodicidade mínima anual com os fornecedores de artigos à consignação; 3 - Realização de contagens aleatórias e periódicas aos artigos armazenados nos serviços consumidores de artigos à consignação.
RCO; RO	Manual de procedimentos na área da Contratação Pública desatualizado	Significativo	Freqüente	Forte	Moderado	1- Ações de formação internas aos colaboradores do SA; 2- Atualização dos manuais sempre que necessário.
RO	Armazéns periféricos - desvio ou não fiscalização de quantidade em stock	Moderado	Muito Freqüente	Adequado	Baixo	1 - Realização de contagens periódicas ao registado em sistema e comparação com os artigos armazenados; 2 - Responsabilização dos Serviços pela salvaguarda dos bens; 3 - Comparação das quantidades rececionadas com as notas de encomenda.
RO	Ausência de controlo dos prazos de validade dos bens	Moderado	Muito Freqüente	Forte	Muito Baixo	1 - Introdução da informação relativa aos prazos de validade do artigo na ficha do bem, para emissão de alerta automático pelo sistema; 2 - Armazenamento dos artigos com menos validade à frente nas prateleiras.
<b>Risco - elevado / crítico</b>						
RCO; RO	Fracionamento da despesa na aquisição de bens e serviços (repetição de aquisição do mesmo bem ao longo do ano)	Significativo	Freqüente	Adequado	Elevado	1 - Elaboração de um plano anual de compras, com a identificação das necessidades reais e estimativas de todas as áreas com base no histórico de consumo e previsões futuras. Deve ser realizado levantamento junto dos serviços consumidores.; 2 -Estabelecimento de cronogramas de aquisição para melhor gestão de compras. Este procedimento deve ser realizado em conjunto com o coordenador do armazém geral e responsável pela gestão de stocks do Serviço Farmacêutico. 3 - Atualização do manual de procedimento interno para compras públicas. Este deve determinar as regras claras sobre os limites da despesa, processos de aquisição e disseminação das normas entre os setores requisitantes para conscientização sobre os riscos de fracionamento. 4 - Implementação de ferramentas automatizadas para monitorar todas as aquisições e identificar padrões de compras repetitivas que possam indicar fracionamento indevido.



### Serviço de Instalações e Equipamentos

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
Risco - muito baixo / baixo / moderado						
RCO; RO	Ausência de controlo na execução das empreitadas e aquisição de equipamentos não respeitando o caderno de encargos	Moderado	Muito Freqüente	Adequado	Moderado	1 - Verificação do cumprimento das especificações do caderno de encargos; 2 - Aplicação de penalidades em caso de incumprimento, previstas em caderno de encargo ou contratos; 3 - Implementação de sistemas de controlo de empreitadas no caso de trabalhos adicionais, para que não possam ser técnica ou economicamente separadas do objeto do contrato sem inconvenientes para o dono da obra, ou embora separados, sejam estritamente necessários à conclusão da obra.
RO	Falta de medição e de inspeção ou de ato que certifique a qualidade dos trabalhos executados	Moderado	Muito Freqüente	Adequado	Baixo	1 - O SA valida a fatura dos trabalhos executados para respetivo pagamento pelo SGF, após a verificação do cumprimento de todas as obrigações contratuais pelo SIE e consequentemente aprovação da fatura emitida.
RCO; RO	Fixação no caderno de encargos de cláusulas técnicas discriminatórias	Moderado	Muito Freqüente	Adequado	Baixo	1 - O SA deve solicitar parecer do Diretor do Serviço utilizador, previamente à abertura do procedimento; 2 - O Gabinete jurídico deve proceder à elaboração de parecer sobre o procedimento de aquisição, previamente à adjudicação.
RO	Existência de conflitos de interesses, o que determina falta de transparência na fiscalização de obras e prestação de serviços	Moderado	Muito Freqüente	Adequado	Baixo	1 - Elaborar especificações técnicas que garantam a concorrência; 2 - Existência de declaração de inexistência de conflito de interesses para cada procedimento; 3 - Existência de declaração de inexistência de incompatibilidades.

RSI; RO	Não cumprimento dos contratos de manutenção	Moderado	Frequente	Adequado	Baixo	<p>1 - Validações dos Serviços utilizadores em como foi realizada a manutenção.</p> <p>2 - Criação/atualização anual do plano de manutenção.</p> <p>3 - Revisão do procedimento de avaliação dos fornecedores, a realizar pelo SA, de modo a que o mesmo se possa realizar de forma anual no GHAF para os contratos de prestação de serviços.</p> <p>4 - Utilização do aplicativo GHAF para inserção da calendarização dos planos de manutenção preventivos e respetivas validações.</p>
RO	Controlo da execução das manutenções de acordo com as garantias dos equipamentos, e em função da sua utilização	Moderado	Ocasional	Inadequado	Baixo	<p>1 - Utilização do sistema GHAF para gestão das manutenções dos equipamentos;</p> <p>2 - Carregamento dos contratos no GHAF, a realizar pelo SA;</p> <p>3 - Elaboração e divulgação na Intranet da ULS RL do plano anual de manutenção preventiva dos equipamentos.</p>
RCO	Dificuldade de execução das penalidades dos contratos	Moderado	Ocasional	Adequado	Muito baixo	<p>1 - Realização de relatório de obra pela equipa de fiscalização ao CA a reportar eventuais falhas da concretização do contratado;</p>
RO	Plantas desatualizadas	Moderado	Ocasional	Adequado	Muito baixo	<p>1 – A fiscalização das obras na ULS RL deverá garantir a atualização das plantas dos espaços, em articulação com o SIE e SSST.</p>
RCO; RO	Abates de imobilizado não comunicado ao Serviço de Gestão Financeira / Serviço de Aprovisionamento	Moderado	Ocasional	Adequado	Muito baixo	<p>1 – A proposta de abate de equipamentos deve ser comunicada ao Serviço de Aprovisionamento;</p> <p>2 – O Serviço de Aprovisionamento é a única entidade que poderá efetuar o abate dos bens no sistema GHAF, tomando as diligências necessárias para o efeito, nomeadamente junto do SGF.</p>
RO	Acesso indevido de pessoas estranhas ao ULS RL	Significativo	Muito Frequente	Forte	Moderado	<p>1 - Existência de uma equipa de segurança 24/7;</p> <p>2 - Rondas em pontos estratégicos exteriores;</p> <p>3 - Rondas interiores;</p> <p>4 - Colocação de pontos de controlo de acessos;</p> <p>5 – Videovigilância.</p>
RCO; RO	Manuais de procedimentos desatualizados ou inexistentes	Moderado	Ocasional	Adequado	Muito baixo	<p>1 - Elaboração / atualização de procedimentos para as diversas ações controladas pelo SIE.</p>

**Risco - elevado / crítico**

RCO; RO	Fundamentação insuficiente ou incorreta para trabalhos de "natureza imprevista"	Significativo	Muito Frequente	Inadequado	Elevado	<p>1 - Os estudos prévios devem ser realizados de forma pormenorizada, com identificação de possíveis situações imprevistas e avaliação de riscos. Sempre que possível devem incluir, cenários de contingência nos projetos iniciais para minimizar a necessidade de intervenções inesperadas;</p> <p>2 - Existência de parecer jurídico ao processo de aquisição;</p> <p>3 - Desenvolvimento de base dados com indicação da frequência e dos custos incorridos relacionados com intervenções inesperadas, permitindo análises e identificação de padrões;</p> <p>4 - O processo de aquisição deve ser centralizado no SA, garantindo a transparência. Contudo, deve ser assegurada a articulação com os demais serviços, de forma a permitir o eficiente desenvolvimento das questões técnicas do procedimento.</p>
---------	---	---------------	-----------------	------------	---------	--

RO	Quebra de segurança elétrica e físicas	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	<p>1 - Realização de auditorias periódicas documentadas, para identificação de potenciais falhas na infraestrutura elétrica e física, incluindo a inspeção física de cabos, disjuntores, iluminação e equipamentos. As intervenções realizadas devem referir se respeitam ao plano de manutenção regular, ou manutenções corretivas;</p> <p>2 - Realização de simulacros de evacuação e combate a incêndios, com foco em falhas elétricas e estruturais. Adicionalmente, devem ser realizadas campanhas internas para promover boas práticas de segurança e saúde física;</p> <p>3 - Restrição de acesso à sala das máquinas, subestações e áreas técnicas por meio de registo biométrico e câmaras de videovigilância;</p> <p>4 - Disponibilidade de electricista no HSA, 24 horas por dia, todos os dias do ano, para atendimento sempre que necessário.</p>
----	--	---------------	-----------	----------	---------	--



### Serviço Farmacêutico

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
<b>Risco - muito baixo / baixo / moderado</b>						
RCO; RO	Conflito de interesses - Relacionamento dos profissionais de saúde com a indústria farmacêutica	Significativo	Muito Freqüente	Forte	Moderado	<p>1 - Os convites para a participação em eventos científicos carecem de parecer da Diretora do SF e posterior autorização do CA, nos casos de comissão gratuita de serviço.</p> <p>2 - Os patrocínios são declarados na plataforma de transparência do Infarmed;</p> <p>3 - A aquisição de medicamentos é realizada de forma centralizada pelo SA ao abrigo do CCP. Os farmacêuticos, e restantes júris do concurso assinam declaração de inexistência de conflitos.</p>
RO; RE	Aquisição de produtos farmacêuticos em quantidades desajustadas	Moderado	Muito Freqüente	Adequado	Baixo	<p>1 - Estimativas anuais de consumo reportadas ao Serviço de Aprovisionamento. Salvaguardar a previsão de início da atividade de alguma especialidade com necessidades de aquisição novos fármacos;</p> <p>2 - Emissão da nota de encomenda de acordo com o consumo mensal, capacidade de armazenamento, ou imposição do fornecedor devido à encomenda de quantidades mínimas;</p>
RO; RP	Incapacidade de resposta no atendimento aos utentes do ambulatório	Moderado	Muito Freqüente	Forte	Baixo	<p>1 - Necessidade de um maior número de farmacêuticos para o alargamento do horário de dispensa de medicamentos;</p> <p>2 - Avaliação regular da gestão das quantidades a adquirir para estes medicamentos em função do número de doentes em terapêutica.</p> <p>3 - Reorganização dos processos de atendimento dos utentes através da implementação de agendamento por dia e hora.</p>
RO	Conservação inadequada dos produtos farmacêuticos resultantes de alteração de temperatura e/ ou humidade	Moderado	Freqüente	Adequado	Baixo	<p>1 - Sensores de medição de temperatura e humidade em todas as salas/frigoríficos de armazenamento de medicamentos que necessitem de controlo;</p> <p>2 - Implementação de procedimentos internos de controlo através de um plano de calibração e monitorização contínua da temperatura e humidade;</p> <p>3 - Emissão de alarmes automáticos de acordo com parametrização pré-estabelecida;</p>
RSI; RO	Entrada e saída de artigos de armazém sem o respetivo registo no sistema informático	Moderado	Muito Freqüente	Adequado	Baixo	<p>1 - Registo de consumo em armazém avançado por picking;</p> <p>2 - Implementação de sistema de gestão integrado que permita a desmaterialização dos processos de consumo e entradas de medicamentos e outros produtos farmacêuticos;</p> <p>3 - Monitorização de stocks estupefacientes e psicotrópicos com periodicidade semestral.</p>
RO	Desvios de produtos farmacêuticos no SF	Moderado	Muito Freqüente	Inadequado	Moderado	<p>1 - Circuito controlado de pessoas externas ao Serviço Farmacêutico através de registo biométrico;</p> <p>2 - Produtos farmacêuticos de ambulatório com acesso restrito;</p>
RO	Desvio de medicação durante o transporte	Moderado	Muito Freqüente	Inadequado	Moderado	<p>1 - A dose unitária é transportada pelos AO da farmácia em módulos selados, apenas aberto pelo enfermeiro da equipa que vai rececionar os medicamentos;</p> <p>2 - A medicação de reposição de stock é transportada em sacos selados com braçadeira e aberta na chegada ao serviço clínico;</p>
RCO; RO	Manual de procedimentos desatualizado	Moderado	Ocasional	Adequado	Muito baixo	<p>1 - Atualização de procedimentos, circulares, instruções de trabalho e, documentos de apoio para as várias áreas de abrangência do SF;</p> <p>2 - Divulgação dos documentos pela equipa na intranet da ULS RL;</p>
<b>Risco - elevado / crítico</b>						
RCO	Transporte de medicamentos às Unidades Funcionais, UIDEPP, HDP, HABLO e CSP	Significativo	Muito Freqüente	Adequado	Elevado	<p>1 - Utilização de viatura adequada e exclusiva ao transporte de medicamentos, em particular devem ser consideradas as condições de climatização e materiais absorventes de impacto para garantir a integridade física dos medicamentos. Adicionalmente, o SF deve planear a otimização de rotas para reduzir o tempo de transporte e minimizar a exposição a variações ambientais;</p> <p>2 - Definição de procedimentos para lidar com imprevistos, como acidentes ou falhas mecânicas. Os motoristas devem estar capacitados sobre práticas seguras de transporte, incluindo prevenção de roubo e primeiros socorros em caso de emergência.</p> <p>3 - O SF deve garantir as regulamentações nacionais e internacionais, como as GDP (Good Distribution Practises) da European Medicines Agency.</p> <p>4 - A Diretora do SF deve regularmente auscultar as opiniões das unidades funcionais para ajustar os serviços de transporte conforme as necessidades efetivas.</p>

RO	Desvio de substâncias controladas (estupefacientes)	Significativo	Muito Frequente	Adequado	Elevado	<p>1 - Todos os Estupefacientes devem ser dispensados unicamente por farmacêuticos.</p> <p>2 - Os estupefacientes devem encontrar-se em sala fechada e com acesso restrito através de registo biométrico;</p> <p>3 - Deve ser promovida, com elevada regularidade, a realização de inventários (diários, semanais) de todos os estupefacientes. Considerando a existência de registos manuais, os farmacêuticos, em colaboração com a assistente técnica, devem monitorizar o atraso no registo dos consumos destes artigos.</p> <p>4 - É determinante para o bom funcionamento do SF que a requisição e registo do consumo de estupefacientes seja desmaterializada.</p>
----	---	---------------	-----------------	----------	---------	---

### Serviço de Sistemas de Informação

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
<b>Risco - muito baixo / baixo / moderado</b>						
RSI	Acesso por terceiros (empresas de manutenção, colaboradoras da ULS RL, etc,...) através de ligações remotas	Significativo	Muito frequente	Forte	Moderado	<p>1- O acesso via VPN disponibilizado pela SPMS obrigatório;</p> <p>2 - Análise crítica com periodicidade anual dos acessos ativos no data center da SPMS;</p> <p>3 - Monitorização anual dos contratos ativos (empresas de manutenção). Os diretores de serviço listam a continuidade da utilização do <i>software</i> e das suas necessidades ao nível de contratos de manutenção.</p>
RE; RO; RSI	Ausência de adoção de <i>standards</i> (qualidade dos dados)	Moderado	Frequente	Inadequado	Moderado	<p>1 - Implementação de hub interoperabilidade;</p> <p>2 - Assegurar que as aplicações instaladas comunicam com o Sistema Integrado de Gestão Hospitalar recorrendo aos <i>standards</i> de comunicação utilizados na área da saúde, evitando falhas de comunicação entre os sistemas.</p>
RO; RSI	Ausência de auditorias aos sistemas	Moderado	Ocasional	Inadequado	Baixo	<p>1 - Criação de plano de auditorias para os sistemas considerados mais críticos.</p>
RSI	Avaria de servidores fora de suporte por parte dos fabricantes	Significativo	Ocasional	Adequado	Baixo	<p>1- Identificação de servidores e aplicações instaladas. Elaboração de uma política de <i>backups</i>;</p> <p>2- Criação de alarmística na falha de <i>backup</i> e monitorização diária dos mesmos</p>



RE; RSI	Ausência de normalização dos postos de trabalho.	Moderado	Ocasional	Inadequado	Baixo	1- Aquisição de equipamento em maior escala; 2 - Desenvolvimento de procedimentos de aquisição em função das necessidades reais da Organização.
RO; RCO	Risco de inexistência de manuais de procedimentos	Reduzido	Frequente	Adequado	Muito baixo	1- Atualização sistemática de informação interna e dos procedimentos a cumprir dentro das unidades do serviço; 2 - Publicitação da totalidade dos procedimentos elaborados pelo SSI.
RO	Manuais indisponíveis aos utilizadores	Reduzido	Frequente	Inadequado	Baixo	1 - Criação de plataforma única para disponibilização de manuais aos utilizadores, por área/sistema (concentração da informação armazenada no portal do SSI e no portal de formação com vídeos explicativos). 2 - Determinação dos riscos que possam levar à indisponibilidade dos sistemas informáticos, e respetivas medidas de atuação.
<b>Risco - elevado / crítico</b>						
RSI	Ocorrência de eventos que possam causar interrupções nos servidores e rede informática em geral levando a indisponibilidade dos sistemas	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	1- Atualização do procedimento de atuação em caso de indisponibilidade do sistema informático nos serviços clínicos da ULS RL; 2 - Manutenção do plano de contingência, com backups locais, para garantir a continuidade das atividades. Devem ser realizados testes de falhas e recuperação para verificar a eficácia do plano de resposta, além da documentação das melhorias com base nos testes executados; 3 - Realização de inspeções periódicas nos equipamentos em rede e servidores para identificar possíveis falhas, além de testes de carga para avaliar a capacidade dos sistemas e planejar atualizações; 4 - Simulação de picos de acesso para avaliar a resiliência dos servidores e da rede, assim como simulação de falhas para garantir a eficácia das soluções de contingência.
RO	Redução da qualidade de resposta no apoio técnico	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	1- Definição de prazos específicos para a resposta e resolução de incidentes, com base na sua criticidade e impacto na organização, utilizando ferramentas para monitorizar o cumprimento dos tempos de resposta e atuar proativamente; 2 - Definição de um gestor responsável pela distribuição dos incidentes (técnico informático), com capacitação contínua sobre novas práticas, processos internos e preparação para resolução de problemas; 3 - Determinação de métricas de acompanhamento, incluindo: a) tempo médio de resposta e resolução; b) taxas de reabertura de pedidos considerados como resolvidos; 4 - Planeamento adequado de recursos para atender à procura sem comprometer a qualidade. Identificação de padrões de incidentes recorrentes para eliminar a causa pela raiz.
RE	Ausência de Plano de Continuidade	Elevado	Frequente	Inadequado	Elevado	1 - Atualizar e monitorizar o plano de contingência na ótica do utilizador e do Administrador de Sistema, em particular nos procedimentos a seguir em caso de falência do sistema.

## Serviço Hoteleiro

Categoria do risco	Risco Identificado	Risco Inerente		Risco Efetivo	Grau de Risco	Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de Controlo		
<b>Risco - muito baixo / baixo / moderado</b>						
RCO;RO	Tratamento de roupa - Faturação do serviço prestado	Moderado	Ocasional	Adequado	Baixo	1 - Implementação do Procedimento Interno de Gestão de Contratos dos SH. 2 - Variações significativas do valor faturado analisadas em função da atividade da organização.
RCO	Tratamento de roupa - Faturação do serviço prestado	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Implementação do Procedimento Interno de Gestão de Contratos dos SH. 2 - Variações significativas do valor faturado analisadas em função da atividade da organização.
RO;RP	Higiene e Limpeza - diminuição da qualidade do serviço prestado	Moderado	Ocasional	Adequado	Moderado	1 - Recolha e tratamento das reclamações feitas e determinação de medidas de melhoria. 2 - Execução de auditorias aos serviços pelos SH e SG. 3 - Reuniões mensais de acompanhamento da prestação de serviços.
RCO	Higiene e Limpeza - Faturação do serviço prestado	Moderado	Ocasional	Adequado	Baixo	1 - Implementação do Procedimento Interno de Gestão de Contratos dos SH. 2 - Variações significativas do valor faturado analisadas em função da atividade da organização.
RCO;RO	SH - Manuais de procedimentos desatualizados	Moderado	Ocasional	Adequado	Baixo	1 - Atualização dos Manuais de procedimentos dos SH.

**Risco - elevado / crítico**

RO	Tratamento de roupa - Desvio de fardamento e roupa hospitalar	Significativo	Ocasional	Inadequado	Elevado	1 - Reposição diária dos níveis determinados de fardamento por serviço (fardamento não personalizado). 2 - Sensibilização das chefias para o preenchimento do anexo III do procedimento - Tratamento de roupa, para assegurar o retorno da roupa emprestada aos utentes na alta clínica. 3- Sensibilização dos seguranças presentes nas principais entradas da Organização para a saída de roupa. 4 - Realização de ações junto de lares, outros hospitais e bombeiros, com periodicidade anual, no sentido de reaver roupa da Organização. 5- Realização de contagens físicas periódicas de stocks. 6 - Implementação de sistema de rastreabilidade têxtil e dispensa automática de fardamento.
RO;RE;RP	Fornecimento de Alimentação - Desperdício de refeições hospitalares	Significativo	Muito frequente	Inadequado	Elevado	1 - Atualização mensal das necessidades por serviço. 2 - Definição de 1 elemento por serviço responsável por determinar as necessidades. 3 - Execução da análise diária pela UND das refeições fornecidas. 4 - Monitorização presencial junto dos principais serviços consumidores de suplementos das discrepâncias entre o solicitado e o efetivamente consumido.
RCO;RO;RP	Fornecimento de Alimentação - Diminuição da qualidade dos serviços prestados	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1 - Monitorização das reclamações associadas às refeições servidas em especial ao período do fim de semana, devido à ausência de controlo efetivo. 2 - Produção semestral de relatório com as reclamações reconhecidas e medidas efetivas para mitigar as situações identificadas. 3 - Realização de análise diária (exceção ao fim de semana) pela UND das refeições fornecidas. 4 - Reuniões mensais de acompanhamento da prestação de serviços.

**Serviço de Planeamento e Informação para Gestão**

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
<b>Risco - muito baixo / baixo / moderado</b>						
RO; RCO	Incumprimento nos prazos de reporte de informação	Significativo	Muito frequente	Forte	Moderado	1 - Priorização de tarefas; 2 - Segregação de funções.
RO; RSI	Indisponibilidade de informação primária (não tratada)	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Definição de datas para reporte; 2 - Sistemas de informação adaptados às necessidades. 3 - Descentralização Informação assistencial no SPIG
RO; RE	Qualidade da informação reportada	Significativo	Muito frequente	Forte	Moderado	1 - Segregação de funções; 2 - Elaboração de política de controlo da qualidade da informação produzida; 3 - Cruzamento de informação entre os diversos aplicativos.
RO; RCO	Inexistência de manual de procedimentos	Moderado	Frequente	Adequado	Baixo	1 - Criação de manual de procedimentos para o serviço.
<b>Risco - elevado / crítico</b>						
RSI; RO; RE	Indisponibilidade de sistema de gestão integrado (ferramenta de business intelligence)	Significativo	Muito frequente	Inadequado	Elevado	1 - Conclusão, monitorização e acesso à ferramenta de <i>business intelligence</i> . Implementação de soluções alternativas (Ex: Power BI) para garantir a continuidade do negócio; 2 - Implementação de backups automáticos e frequentes, com verificação da integridade dos arquivos. Simulações periódicas para avaliar a eficácia dos procedimentos de recuperação. 3 - Revisão periódica dos riscos operacionais e tecnológicos associados à ferramenta BI. 4 - Planeamento de atualizações periódicas de software e hardware para evitar vulnerabilidades e obsolescência.

**Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho**

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
<b>Risco - muito baixo / baixo / moderado</b>						
RCO	Ausência de programa de formação para a promoção da segurança e saúde no trabalho (disposto na alínea h) do artigo 98,º da Lei n.º 102/2009 na sua versão atual.).	Significativo	Ocasional	Inadequado	Moderado	1- Elaboração de programa de formação para a promoção da segurança e saúde no trabalho.
<b>Risco - elevado / crítico</b>						
RO	Tratamento de roupa - desvio de fardamento e roupa hospitalar	Significativo	Muito Frequente	Inadequado	Elevado	1 - Reposição diária dos níveis determinados de fardamento por serviço (fardamento não personalizado) 2 - Sensibilização das chefias para o preenchimento do anexo III do procedimento - Tratamento de roupa, para assegurar o retorno da roupa emprestada aos utentes na alta clínica; 3 - Realização de avaliação de riscos de exposição do trabalhador.
RCO; RO	Desatualização do plano emergência interno	Elevado	Ocasional	Adequado	Elevado	1- Atualização periódica do plano de emergência interno. 2- Monitorização e aprovação das medidas de auto proteção pela Autoridade Nacional de Proteção Civil; 3- Avaliação regular dos riscos ambientais, operacionais e tecnológicos da organização e, divulgação do plano atualizado para todos os colaboradores. 4 - Realização de simulacros de forma periódica para validar a eficácia do plano e identificar pontos de melhoria e, treino periódico em primeiros socorros, evacuações, combate a incêndios e comunicação em situação de crise. Dar conhecimento do resultado do simulacro à CQSD.

**Gabinete de Educação e Formação Permanente**

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
<b>Risco - muito baixo / baixo / moderado</b>						
RCO; RO; RP	Ausência de tempestividade no planeamento das candidaturas a projetos formativos cofinanciados pelos fundos comunitários ou por outras fontes de financiamento externo	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Criação de rotinas de pesquisa pela abertura de candidaturas a projetos cofinanciados; 2 - Criação e divulgação de um manual de regras e procedimentos no processo de candidaturas a projetos formativos



Risco - elevado / crítico						
RO	Risco de falta de objetividade no diagnóstico das necessidades de formação a realizar pelos profissionais da ULS RL	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	<p>1 - Criação de uma base de dados estatística com as formações realizadas, número de participantes e resultados dos questionários de satisfação;</p> <p>2 - Desenvolvimento de mecanismos de auscultação dos profissionais para a identificação das formações a realizar;</p> <p>3 - Garantir que as formações identificadas estejam alinhadas com o plano de atividades e diretrizes organizacionais;</p> <p>4 - Desenvolvimento de parcerias com instituições específicas para o desenvolvimento de formações especializadas;</p>
RO; RP	Não cumprimento dos critérios de igualdade, no acesso á formação, pelos diversos grupos profissionais	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	<p>1 - Sensibilização da chefia para a igualdade de acesso dos trabalhadores para a formação, através do número mínimo anual de horas de formação;</p> <p>2 - Desenvolvimento de mecanismos para assegurar, em cada ano, formação contínua a pelo menos 10 % dos trabalhadores de cada grupo profissional.</p> <p>3 - Criação de políticas internas e divulgação de diretrizes que promovam a equidade e impeçam discriminações, em conformidade com o Código do Trabalho;</p> <p>4 - Utilização de critérios claros e quantificáveis para a seleção dos candidatos, evitando critérios subjetivos e não mensuráveis;</p>

### Gabinete Jurídico

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
Risco - muito baixo / baixo / moderado						
RO;RCO; RP	Deficiente conservação e utilização / extravio dos documentos	Moderado	Muito frequente	Adequado	Moderado	1 - Elaboração de regulamento para arquivo de documentação e respetiva implementação complementada com a difusão de regras e ações regulares de verificação do cumprimento das regras de manuseamento e utilização dos documentos.
RO;RCO	Elaboração de pareceres	Moderado	Muito frequente	Adequado	Moderado	<p>1 - Controlo da qualidade dos pareceres, face à matéria em causa;</p> <p>2 - Aplicação do Código do Procedimento Administrativo para efeitos de escusa/suspeição</p>

RO;RP	Prescrição ou caducidade do processo	Moderado	Frequente	Adequado	Moderado	1 - Controlo de distribuição dos processos que atenda ao nível de especialização do trabalhador; 2 - Controlo de prazos e definição de prioridades na apreciação dos processos.
<b>Risco - elevado / crítico</b>						
RP; RO	Risco de quebra dos deveres de transparência, isenção e imparcialidade no processo de avaliação	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	1 - Controlo regular da atividade desenvolvida por cada colaborador pela sua chefia direta no que respeita aos objetivos propostos; 2 - Atualização regular e divulgação transparente dos parâmetros de avaliação, com definição de critérios mensuráveis; 3 - Obrigatoriedade de todos os envolvidos no processo de avaliação, declararem potenciais conflitos de interesse; 4 - Divulgação do canal de denúncias internas para reporte de irregularidades no processo de avaliação.
RP; RSI	Risco de Fuga de informação e/ou uso e fornecimento não autorizados de informações a particulares e/ou outras entidades.	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1 - Controlo de acessos e avaliação regular dos níveis de segurança do sistema; 2 - Revisão periódica dos perfis de acesso aos sistemas de informação críticos; 3 - Bloqueio automático de contas inativas associadas a ex-colaboradores; 4 - Estabelecimento de orientações internas para garantir o armazenamento seguro de documentos confidenciais.
RP; RSI	Transmissão ou uso indevido de informação confidencial	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	1 - Reforço do controlo pela estrutura dirigente, através de um acompanhamento mais rigoroso das equipas de modo a assegurar o cumprimento do dever de sigilo profissional; 2 - Divulgação do Manual de Procedimentos de Controlo Interno 3 - Controlo do fluxo dos processos, de forma a permitir identificar os colaboradores que tiveram contacto com o mesmo; 4- Aferição de eventuais responsabilidades, com a aplicação de sanções, funcionando como uma medida preventiva e dissuasória para potenciais infratores.



## Serviço Social

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
<b>Risco - muito baixo / baixo / moderado</b>						
RCO; RO; RP	Risco de quebras dos deveres funcionais e valores, tais como a independência, integridade, responsabilidade, transparência, objetividade, imparcialidade e confidencialidade.	Moderado	Muito frequente	Adequado	Moderado	1 – Acompanhamento e supervisão pelos dirigentes do rigoroso cumprimento dos princípios e normas éticas inerentes às funções, através de auditorias periódicas
RO; RP	Aceitação indevida de ofertas	Moderado	Frequente	Adequado	Moderado	1 – Divulgação e sensibilização dos profissionais para o cumprimento do código de ética da ULS RL e do Serviço Social 2 - Acompanhamento e supervisão dos técnicos pelos dirigentes 3 – Implementação de um canal de comunicação seguro e acessível para que funcionários e utentes possam reportar, de forma anónima, suspeitas de irregularidades.
RCO; RO; RP	Quebra de sigilo e proteção de dados	Moderado	Muito frequente	Adequado	Moderado	1 - Medidas de acesso condicionado aos registos do Serviço Social 2 - O processo só pode ser consultado pelo próprio – criação de procedimentos claros que orientem ações e decisões
<b>Risco - elevado / crítico</b>						
RCO; RO	Organização da informação a prestar aos utentes relativamente ao tratamento/encaminhamento dos processos	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	1 - Desenvolvimento de documentos padronizados para cada tipo de processo. Elaboração e definição de procedimentos internos. 2 - Divulgação de linha telefónica interna dedicada ao esclarecimento de dúvidas sobre desenvolvimento dos processos; 3 - Divulgação de regras sobre o segredo profissional, relacionamento com público, relacionamento com grupos de interesses; 4 - Monitorização regular das métricas relacionadas com tempo médio de resposta, para revisão sistemática das orientações fornecidas e assegurar coerência e clareza.
RP; RO	Prestação de informação inadequada / mau atendimento	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1 - Questionário de avaliação da satisfação do atendimento prestado ao utente; 2 - Criação e divulgação de manual de regras de atendimento ao público; 3 – Formação e reciclagem na área do atendimento ao público, relacionamento interpessoal e boas práticas; 4 – Definição de um canal de comunicação interno que permita o mesmo nível de informação de todos os profissionais.

**Cuidados Saúde Primários**

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
<b>Risco - muito baixo / baixo / moderado</b>						
RCO; RO	Ausência de registos de atos administrativos	Reduzido	Muito frequente	Adequado	Baixo	1. Elaboração e ampla de divulgação de procedimentos para o atendimento. 2. Analisar o registo mensal da atividade e promover a correção dos registos; 3. Implementação de plano de integração em cada posto de trabalho (As USF têm autonomia funcional e técnica pelo que podem ter procedimentos diferentes);
RO; RE	Limitações na comunicação e articulação entre as UF da ULS RL	Significativo	Ocasional	Inadequado	Baixo	1. Desenvolvimento de manual de articulação entre as UF e a ULS RL.
RCO; RO	Lacunas na execução dos pagamento associados a custos com os cuidados de saúde de cidadãos que não residem em território nacional e que em situação de estada temporária não apresentam documentos de acordo, ou entidade terceira para pagamento.	Moderado	Frequente	Adequado	Moderado	1. Promoção de ações de formação aos AT de acordo com as normas em vigor; 2. Atualização do manual de procedimentos administrativos.
RO; RCO	Falha do sistema informático não programada	Moderado	Ocasional	Adequado	Moderado	1. Desenvolvimento de códigos de conduta para minimizar o impacto nos utentes; 2. Elaboração de manual de procedimentos relativo aos registos clínicos integrados no processo clínico informático, de acordo com as melhores práticas.
<b>Risco - elevado / crítico</b>						
RO; RP	Atendimento inadequado aos utentes	Elevado	Muito frequente	Adequado	Elevado	1 - Elaboração e ampla divulgação de procedimentos para o atendimento de utentes. Sensibilização dos colaboradores para a importância do atendimento centrado no utente; 2 - Aplicação regular de questionários para identificar pontos de melhoria. Análise periódica das reclamações. 3 - Comunicação transparente ao utente sobre o tempo previsto para o atendimento; 4 - Acesso facilitado a idosos, pessoas com deficiência e outros públicos vulneráveis.
RO	Identificação inequívoca do utente	Elevado	Muito frequente	Adequado	Elevado	1. Elaborar um procedimento claro sobre a identificação dos utentes; 2 - Realizar inspeções periódicas para identificar erros ou duplicações no sistema de gestão de utentes; 3 - Em situações críticas em que o doente não consiga identificar-se, utilizar procedimentos simplificados, como envolver a família ou cuidadores para a correta identificação; 4 - Conformidade com a legislação em vigor do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), para proteção de dados pessoais.



Por comunicação da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde de 2024.01.19, o Plano de Desenvolvimento Organizacional da ULS RL foi aprovado na sua generalidade. Este documento, no que respeita a orientações estratégicas, realizou uma análise SWOT que serviu de base para a definição de eixos estratégicos e ações. A definição de eixos estratégicos e ações teve também em consideração o enquadramento da futura ULS, bem como a visão e a missão para a mesma. Como resultado do exercício, foram definidos 5 eixos de atuação que irão orientar as ações e projetos planeados para a ULS com vista a tirar partido dos ganhos associados à integração das unidades:

Eixo 1 – Promoção de um Modelo Integrado de Prestação de Cuidados. Este eixo visa dar resposta à pressão crescente, decorrente das alterações demográficas e epidemiológicas, através da implementação de uma organização integrada e promotora da saúde e do bem-estar. A integração dos cuidados é operacionalizada através de: a) Investimentos na digitalização, simplificação e centralização de processos; b) Formação e envolvimento de equipas multidisciplinares, unindo os cuidados hospitalares e primários. c) Intervenções dirigidas a subgrupos específicos de doentes, promovendo continuidade assistencial.

Eixo 2 – Criação de um Modelo de Intervenção Centrado no Utente, o qual tem como objetivo colocar o utente no centro do sistema de saúde, redefinindo os processos clínicos e administrativos em função das suas necessidades e expectativas. As ações propostas incluem: a) Promoção da literacia em saúde; b) Organização de equipas com uma abordagem holística e multidisciplinar, que abranja a prevenção, diagnóstico e tratamento; c) Criação de modelos de prestação de cuidados personalizados, com base nas necessidades da população.

Eixo 3 – Otimização de Ganhos em Saúde e da Gestão da Qualidade. Focado na elevação da qualidade técnica e segurança clínica, através da adoção de boas práticas, normas e protocolos baseados na evidência científica. Para tal, são previstos: a) Investimentos em infraestruturas e equipamentos modernos que permitam alargar a oferta assistencial; b) Projetos clínicos dirigidos a grupos específicos de doentes, com abordagem transversal e sistémica; c) Reforço de mecanismos de monitorização e melhoria contínua da qualidade assistencial.

Eixo 4 – Otimização da Eficiência Económico-Financeira e Administrativa. Este eixo visa reforçar a sustentabilidade da Instituição, maximizando a eficiência na utilização dos recursos e promovendo sinergias entre as diferentes unidades funcionais. Serão desenvolvidas ações como: a) Reorganização dos circuitos administrativos e assistenciais, com enfoque na

simplificação; b) Utilização inteligente das infraestruturas e dos recursos energéticos; c) Promoção da eficiência operacional e financeira, com base em critérios de racionalidade e sustentabilidade.

Eixo 5 – Qualificação, Inovação e Cooperação com o Ensino e Investigação. Pretende-se potenciar a inovação e o conhecimento científico, através da promoção de uma cultura de investigação aplicada à prática clínica. Inclui: a) Estabelecimento de parcerias com instituições de ensino superior e unidades de investigação; b) Captação e desenvolvimento de ensaios clínicos na ULS RL; c) Promoção da formação contínua e qualificação profissional dos recursos humanos.

A operacionalização dos eixos estratégicos será feita por via de projetos estruturantes e ações concretas, que visam garantir alinhamento e articulação entre os diferentes níveis de cuidados.

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

Nos termos do n.º 3 do artigo 86.º dos Estatutos dos Hospitais E.P.E., aprovados pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, o Serviço de Auditoria Interna depende, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração.

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

Segundo o *Institute of Internal Auditor*, risco respeita à possibilidade de um acontecimento com impacto nos objetivos da Instituição ocorrer, mensurável pelo nível de impacto e pela probabilidade de acontecer. As fontes potenciais de dano são múltiplas e decorrem, na maior parte das vezes, da atividade humana. No hospital, a complexidade da atividade aponta para um potencial de perigo(s) que merece especial atenção. A gestão, baseada no conhecimento do risco, é um fator crucial e diferenciador, visando a sustentabilidade das organizações e a continuidade das atividades críticas, sustentada numa cultura de segurança. A ULS RL tem áreas funcionais específicas com competências no controlo dos riscos, nomeadamente:

A Comissão de Gestão de Risco Global é responsável pela elaboração de estratégias e políticas relativas à gestão de risco (clínico e não clínico), pela gestão integrada das situações de risco e por assegurar que os requisitos do sistema de gestão de risco sejam definidos, implementados e mantidos, em conformidade com a legislação e normalização portuguesa em vigor, propondo a sua revisão com vista à melhoria contínua, sempre que necessário.

A Comissão de Ética é um órgão multidisciplinar de apoio ao CA, que tem como principal incumbência proceder à análise e reflexão sobre questões relacionadas com a ética e bioética, rege-se pelas disposições do Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de outubro.

A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente é um órgão de apoio técnico ao CA, no âmbito da qualidade dos serviços, tendo por objeto a sua promoção efetiva. Compete-lhe, especialmente a formulação de propostas ou pareceres sobre a política de qualidade a prosseguir pela ULS RL, de forma orientada para o utente, nas dimensões de garantia, planeamento, controlo estatístico e melhoria contínua.

O Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho é uma estrutura que tem por objetivo garantir o cumprimento das obrigações legais no âmbito respetivo, em particular, as definidas na Lei n.º 28/2016, de 23 de agosto, que procede à 6.ª alteração à Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro. É da sua responsabilidade planear a prevenção, integrando a todos os níveis avaliação dos riscos e respetivas medidas de prevenção; elaborar o plano de prevenção de riscos profissionais, bem como planos detalhados de prevenção e proteção exigidos por legislação específica.

Encarregado da Proteção de Dados - A proteção de dados pessoais é um valor subjacente à atividade, é designado pelo Conselho de Administração, nos termos estabelecidos no Regulamento (UE) n.º 2016/679, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 e demais legislação em vigor, competindo-lhe o desempenho das funções previstas no artigo 39.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

Na sequência da aprovação do RGPD, cujo cumprimento é obrigatório para os Estados Membros da UE desde 25 de maio de 2018, foi nomeada a Encarregada de Proteção de dados, Jurista do Gabinete Jurídico, na reunião do Conselho de Administração de 2018.05.29.

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

O SAI identifica como principais, as seguintes categorias de riscos da ULS RL:

Risco de estratégia (RE): consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos, consequente de decisões estratégicas inadequadas, da deficiente implementação das decisões ou da incapacidade de resposta a alterações no meio envolvente;

Risco operacional (RO): consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos, consequente de falhas na atividade desenvolvida, de fraudes internas e externas, do não

acompanhamento da execução do orçamento, de processos de decisão internos ineficazes, de recursos humanos insuficientes ou inadequados ou da inoperacionalidade das infraestruturas;

Risco de “*compliance*” (RCO): consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos, consequente de violações ou da não conformidade relativamente a leis, regulamentos, determinações específicas, contratos, regras de conduta, práticas instituídas ou princípios éticos, que se materializem em sanções de carácter legal ou na impossibilidade de exigir o cumprimento de obrigações contratuais;

Risco dos sistemas de informação (RSI): consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos, em resultado da inadaptabilidade dos sistemas de informação a novas necessidades, da sua incapacidade para impedir acessos não autorizados, bem como garantir a integridade dos dados e assegurar a continuidade da atividade em casos de falha;

Risco de reputação (RP): consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos, consequente de uma perceção negativa da imagem pública do Centro Hospitalar, fundamentada ou não, por parte de utentes, fornecedores, colaboradores, órgãos de imprensa ou pela opinião pública em geral.

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

O processo inicial de identificação de riscos surge da reunião entre o SAI e os vários Diretores de Serviço. A avaliação dos riscos identificados segue o modelo do *Institute of Internal Auditors*, uma perspetiva de avaliação de risco, ano de 2013:

**Tabela I – Escala do nível de impacto**

Impacto	1 Reduzido	2 Moderado	3 Significativo	4 Elevado	5 Muito elevado
Exposição Financeira: % Capital	$X < 0,01 \%$	$0,01\% < X < 0,5 \%$	$0,5 \% < X < 2 \%$	$2 \% < X < 10 \%$	$10 \% < X$
Exposição Financeira: Intervalo monetário	$X < 500.000€$	$500.000€ < X < 2 \text{ M€}^1$	$2 \text{ M€}^1 < X < 10 \text{ M€}^1$	$10 \text{ M€}^1 < X < 30 \text{ M€}^1$	$40 \text{ M€}^1 < X$
Imagem da Organização	Sem impacto.	O Impacto negativo é delimitado a conjunto de pessoas e reversível.	O Impacto negativo é ao nível da região, do domínio público, mas com reprodução limitada	O Impacto negativo é a nível global, com propagação limitada	Impacto negativo a longo prazo, irremediável, a nível global e com propagação generalizada.
Obrigações legais / contratos	Sem violação de obrigações legais ou contratuais	Violação de obrigações legais ou contratuais confinados a um incidente. Sem risco sistémico.	Violação de obrigações legais ou contratuais com custos financeiros para a organização e probabilidade do aumento do escrutínio pelas entidades reguladoras.	Violação de obrigações legais ou contratuais significativas. Com possibilidade de sanção para a organização e/ou Conselho de Administração.	Violação de obrigações legais ou contratuais com exposição mediática. Existência de responsabilidades para a organização e/ou respetivo Conselho de Administração.
Operações / atividades	Erros são diminutos e confinados a um pequeno número de pessoas internas na organização.	Erros são diminutos e isolados a um pequeno número de pessoas internas ou externas à organização.	Erros são transversais a vários serviços da organização e com um impacto a um grupo de pessoas, internas ou externas à organização	Erros são transversais a vários serviços da organização, com impacto a vários grupos de pessoas, internas ou externas à organização e do conselho de Administração.	Erros com impacto incalculável para a organização e Conselho de Administração.

<sup>1</sup>-Milhoes de euros

A tabela I determina o nível de impacto do risco identificado, numa escala de 1 a 5 e em função de cinco fatores: exposição financeira (% do capital); exposição financeira (intervalo monetário); impacto na imagem da organização; violação das obrigações legais / contratos e impacto que o risco pode afetar ao nível das operações/ atividades dentro da organização.

Em paralelo, tabela II, é determinado a probabilidade de ocorrência do risco, avaliada numa escala de 1 a 5, e em função da sua frequência.

Tabela II – Probabilidade de ocorrência

Probabilidade	1 Muito Improvável	2 Improvável	3 Ocasional	4 Frequente	5 Muito frequente
Frequência	Em mais de/ a cada 5 anos	Em mais de/ a cada 3 a 5 anos	Em mais de/ a cada 1 a 3 anos	Em mais de/ a cada 1 ano	Em mais de/ a cada trimestre

Após a definição do nível de impacto, assim como da frequência dos riscos, conforme tabela I e II respetivamente, é determinado pelo SAI a seguinte classificação do risco inerente:

Matriz I – Risco inerente

		RISCO INERENTE				
Probabilidade	5 Muito Frequente	Baixo	Moderado	Elevado	Critico	Critico
	4 Frequente	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado	Critico
	3 Ocasional	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado
	2 Improvável	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Moderado
	1 Muito Improvável	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Moderado
		1 Reduzido	2 Moderado	3 Significativo	4 Elevado	5 Muito elevado
		IMPACTO				

O procedimento seguinte respeita à avaliação dos controlos associados ao risco identificado, numa escala com cinco níveis, entre muito forte e fraco ou inexistente.

Tabela III - Nível de controlo

Nível de controlo	Muito forte	Forte	Adequado	Inadequado	Fraco ou inexistente
Descrição	Os procedimentos de controlo e as atividades de mitigação são fortes e permitem uma efetiva gestão do risco. Redução significativa da probabilidade de eventos relacionados com o risco.	Os procedimentos de controlo e as atividades de mitigação são mais do que adequadas e permitem uma efetiva gestão do risco. O controlo tem oportunidades de melhoria.	Os procedimentos de controlo e as atividades de mitigação são adequados e permitem uma efetiva gestão do risco. O controlo demonstra oportunidades de melhoria, e/ ou necessidade de implementação de novos controlos.	O processo de controlo e as atividades de gestão de mitigação permitem uma reduzida /inadequada gestão do risco. Necessidades urgentes de novos controlos foram identificadas.	O processo de controlo e as atividades de gestão de mitigação não existem ou são muito fracas. Necessidades urgentes de novos controlos foram identificadas.

A matriz II respeita à avaliação final do nível de risco efetivo, após a definição do risco inerente pela matriz I e da delineação do nível de controlo interno identificado pelo SAI, tabela III.

**Matriz II – Avaliação final do nível de risco efetivo**

		ESCALA DE RISCO EFETIVO				
Nível de controlo	5 Fraco ou inexistente	Baixo	Moderado	Elevado	Critico	Critico
	4 Inadequado	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado	Critico
	3 Adequado	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado
	2 Forte	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Moderado
	1 Muito forte	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Moderado
		1 Reduzido	2 Moderado	3 Significativo	4 Elevado	5 Muito elevado
		RISCO INERENTE				

Para além do PGRIC são elaborados dois relatórios da sua execução, um intercalar e outro com a monitorização anual, o que permite um aperfeiçoamento do plano inicial, quer ao nível de melhoria das ações preventivas, quer ao nível da identificação de novas áreas de risco.

O Plano em vigor após aprovação pelo CA foi disponibilizado a todos os Serviços envolvidos, sendo que, todos contribuiram na sua elaboração e atualização. A sua divulgação pelos serviços foi acompanhada da preocupação na sua transmissão por todos os colaboradores, tendo sido recomendado que estes deveriam evidenciar o conhecimento deste documento, conforme com o descrito no *template* de divulgação de documentos (PLN.ULSRL.040.06).

Como resultado, crê-se que as medidas que têm sido promovidas e as que se encontram em aplicação, têm permitido acompanhar e controlar as atividades da ULS RL, de modo a salvaguardar os seus ativos, a prevenção e a deteção de situações de ilegalidade, fraude e erro, garantindo a exatidão dos registos e procedimentos de controlo, para que se atinjam os objetivos definidos.

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

A divulgação da informação financeira é efetuada, em conformidade com as regras legais estabelecidas, às entidades tutelares, em reportes protocolados, enquanto a divulgação interna assume carácter relativo, não existindo em todo o caso riscos específicos associados.

## 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**

De entre os regulamentos internos e externos que enquadram a organização e o funcionamento da ULS RL destacam-se, pela sua natureza matricial, os seguintes (disponíveis para consulta em <https://www.ulsrl.min-saude.pt/informacao-publica/>):

- Regulamento Interno da ULS RL (Aprovado por deliberação do Conselho de Administração de 2024.10.22): Fixa a missão, os valores, os objetivos, a área de influência, a estrutura de órgãos, a organização interna, as atribuições e competências dos órgãos e serviços e os princípios e normas de gestão. A homologação por parte do ministério da saúde ocorre em 2025.01.09.
- Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto: Estabelece os princípios e regras aplicáveis às unidades de saúde que integram o SNS com a natureza de entidade pública empresarial e aprova as especificidades estatutárias e os seus Estatutos;
- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro: estabelece a criação das unidades locais de saúde com natureza de entidade pública empresarial, integrando cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados.

### 2. Código de Ética:

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

A ULS RL dispõe de Código de Ética aprovado e em vigor, aprovado por deliberação do CA de 2023.09.27, que foi divulgado junto de todos os profissionais pela circular informativa n.º 101/2023, e disponível para consulta *site* da Instituição em <https://www.ulsrl.min-saude.pt/informacao-publica/codigo-de-conduta-e-etica/>, o documento estabelece o conjunto

de princípios e valores e matéria de ética institucional a observar por todos os colaboradores da ULS RL, na prossecução do interesse público multiprofissional, sem prejuízo e no respeito, quando aplicável, das regras deontológicas aprovadas pelas Ordens profissionais correspondentes.

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

A ULS RL, em conformidade com o artigo 28.º do regulamento interno, possui em funcionamento uma Comissão de Ética, órgão multidisciplinar de apoio ao CA, no âmbito das exigências de natureza ética associadas à atividade do hospital, cuja composição, competências, funcionamento e mandato estão em conformidade com o estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de outubro.

A Comissão de Ética é um órgão multidisciplinar de apoio a toda a ULS RL e seus serviços e unidades funcionais, que tem como principal incumbência proceder à análise e reflexão sobre questões relacionadas com a ética e bioética na atividade da instituição, na prestação de cuidados de saúde e na realização de investigação clínica. A composição da Comissão de Ética é designada pelo Conselho de Administração, para um mandato de quatro anos, renovável uma única vez, por igual período.

Todos os grupos profissionais são obrigados ao respeito pelos deveres de confidencialidade, sigilo profissional e lealdade, devendo ainda respeitar as normas de deontologia profissional previstas para os respetivos grupos.

A ULS RL dispõe de uma política de privacidade de dados pessoais ao abrigo do Regulamento Geral de Proteção de Dados, aprovado por deliberação do CA de 2019.10.24, e revisto pela imposição da Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, na data de 2022.10.22.

Ao Encarregado de Proteção de Dados da ULS RL compete, para além das funções que se encontram definidas nos artigos 37º a 39º do RGPD, as seguintes: a. Assegurar a realização de auditorias, quer periódicas, quer não programadas; b. Sensibilizar os utilizadores para a importância da deteção atempada de incidentes de segurança e apara a necessidade de informar imediatamente o responsável pela segurança; c. Assegurar as relações com os titulares

de dados nas matérias abrangidas pelo RGPD e pela legislação nacional em matéria de proteção de dados. A presente política está disponível para consulta da página da internet da ULS RL:

<https://www.ulsrl.min-saude.pt/orgaos-de-gestao/encarregado-de-protecao-de-dados/>

### **3. Regime Geral da Prevenção da Corrupção (RGPC: anexo do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro):**

#### **a) Referência à existência do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR, vd. artigo 6.º do RGPC);**

O Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção e estabelece o regime geral de prevenção da corrupção e estabelece o regime geral de prevenção da corrupção. Este diploma determina que *“As entidades abrangidas adotam e implementam um programa de cumprimento normativo que inclua, pelo menos, um plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas (...)”*.

A ULS RL dispõem de um Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas, encontrando-se em vigor a sua sexta revisão, aprovado pelo CA em deliberação de 2025.01.28, abrangendo as áreas de gestão financeira, aprovisionamento, gestão de doentes, recursos humanos, instalações e equipamentos, farmácia, sistemas de informação, gestão hoteleira, planeamento e informação para a gestão, segurança e saúde no trabalho, gabinete de educação e formação permanente, gabinete jurídico, serviço social, departamento de cuidados de saúde primários, departamento de cuidados hospitalares, e o CA, em que se encontram identificados, para cada uma das áreas, o risco, a sua avaliação e probabilidade de ocorrência e identifica as medidas preventivas que devem ser cumpridas.

Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas:

<https://www.ulsrl.min-saude.pt/informacao-publica/relatorios/plano-gestao-risco/>

#### **b) Referência à elaboração de relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo (vd. alínea a) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC);**

Com a entrada em vigor do Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC), aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, a execução do PGRIC ficou sujeita a controlo a realizar, através da elaboração de relatório de avaliação intercalar no mês de outubro, nas situações identificadas de risco elevado ou crítico.



Adicionalmente, conforme o relatório de análise nº 252/2024 da Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial, relativo ao Relatório de Governo Societário de 2023, elaborado nos termos e para os efeitos do disposto na alínea f) do nº 1 do Artigo 4.º do Decreto Regulamentar nº 1/2014, de 10 de fevereiro, alterado pelo Decreto Regulamentar nº 3/2014, de 9 de julho, recomenda-se que, nas próximas avaliações intercalares, no âmbito do Decreto-Lei nº 109-E/2021, de 9 de dezembro, os resultados sejam apresentados em relatório autónomo.

Na tabela seguinte são apresentados os riscos elevados e críticos identificados para a ULSRL, com base nos mapas do PGRIC, com a última revisão datada de 2024. O quadro seguinte apresenta a monitorização por serviço, destacando os graus de risco elevado e crítico, com referência a 30 de setembro de 2024:

Monitorização - por serviço	Riscos identificados	Grau de risco elevado / crítico	Implementadas		
			Sim	Não	Em curso
Conselho de Administração (CA)	4	1	1	0	0
Áreas clínicas	6	5	2	2	1
Gestão de Doentes (SGD)	11	6	5	1	0
Recursos Humanos (SGRH)	10	4	4	0	0
Gestão Financeira (SGF)	12	2	0	1	1
Aprovisionamento (SA)	15	2	1	0	1
Instalações e Equipamentos (SIE)	13	2	2	0	0
Farmácia (SF)	12	3	1	0	2
Sistemas de Informação (SSI)	10	3	2	1	0
Serviço Hoteleiros (SH)	11	6	3	0	3
Serv. Planeamento e Inf. Gestão (SPIG)	5	1	0	1	0
Serv. Segurança e Saúde no Trabalho (SSST)	5	3	1	0	2
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>38</b>	<b>22</b>	<b>6</b>	<b>10</b>

O número de medidas não implementadas, relativas a riscos identificados como de grau elevado ou crítico, é de cerca de 27%. É compromisso do Serviço de Auditoria Interna para o ano de 2025 reduzir essa percentagem para um valor inferior ou igual a 10%, com o objetivo de fortalecer o sistema de controlo interno.

**c) Referência à elaboração de relatório de avaliação anual (vd. alínea b) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC e n.º 1 do artigo 46.º do RJSPE, que remete para a alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, a que corresponde a atual alínea g) do n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro);**

Com periodicidade anual, é elaborado um relatório de execução do plano, em que se identificam as medidas que se encontram a ser aplicadas assim como as que ainda não o estão ou estão em curso. Com estas respostas e confirmações, é elaborado o relatório anual que é presente ao Conselho de Administração e enviado às instituições competentes.

De acordo com o DL n.º 109-E/2021, de 09 de dezembro, Regime Geral da Prevenção da Corrupção, o relatório de avaliação anual é elaborado no mês de abril do ano seguinte a que respeita a execução. No mês de março de 2025, por deliberação do CA de 2025.04.09, foi aprovado o relatório anual de execução do PGRCIC. O documento, referente ao ano de 2024, reflete os avanços significativos alcançados na prevenção e mitigação de riscos. Ao longo do ano foram realizadas avaliações contínuas dos riscos, com foco nas áreas de maior vulnerabilidade, onde medidas preventivas foram implementadas.

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

A ULS RL dispõe de Código de conduta Ética aprovado e em vigor, aprovado por deliberação do CA de 2023.09.27, e divulgado junto de todos os profissionais pela Circular Informativa n.º 101/2023. O documento está disponível para consulta na página da internet da Instituição:

<https://www.ulsl.min-saude.pt/informacao-publica/codigo-de-conduta-e-etica/>

O documento estabelece o conjunto de princípios e valores e matéria de ética institucional a observar por todos os colaboradores da ULS RL, na prossecução do interesse público multiprofissional, sem prejuízo e no respeito, quando aplicável, das regras deontológicas aprovadas pelas Ordens profissionais correspondentes.

## **D. DEVERES ESPECIAIS DE INFORMAÇÃO**

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

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

Não existe, na medida em que, no ano 2024, a ULS RL não prestou garantias financeiras nem assumiu dívidas ou passivos de outras entidades.

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

A informação acima mencionada é reportada através do Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA).

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

A informação acima mencionada é reportada através do SICA e do Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira (SIRIEF), sendo adicionalmente remetida para a ARS Centro e ACSS.

**d) Orçamento anual e plurianual**

A informação acima mencionada é reportada através do SICA e SIRIEF.

**e) Documentos anuais de prestação de contas**

A informação acima mencionada é submetida ao Tribunal de Contas através dos serviços de prestação eletrónica de contas, reportada através do SIRIEF e, adicionalmente, é remetida para a IGF, DGTF e ACSS.

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

A informação acima mencionada é reportada através do SIRIEF, sendo adicionalmente remetida para a IGF e DGTF.

**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)**

A ULS RL informa, anualmente, através da elaboração do Relatório e Contas e do Relatório de Governo Societário, o titular da função acionista e o público em geral, do 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.

Estes documentos são submetido para as seguintes entidades:

- Direção-Geral do Tesouro e Finanças;
- Administração Central do Sistema de Saúde;
- Administração Regional de Saúde do Centro;
- Inspeção-Geral de Finanças;
- Tribunal de Contas.

## **E. SÍTIO NA INTERNET**

No seguimento do surgimento da ULS RL e considerando o processo de criação do novo *site* institucional, a divulgação de toda a informação no sítio da internet da ULS RL, bem como no site das empresas do SEE, em conformidade com Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, encontra-se em processo de atualização.

**1. Indicação do(s) endereço(s) utilizado(s) na divulgação dos seguintes elementos sobre a entidade (vide artigo 53.º do RJSPE):**

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

<https://www.ulsrl.min-saude.pt/instituicao/>

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

<https://www.ulsrl.min-saude.pt/orgaos-de-gestao/>

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

<https://www.ulsrl.min-saude.pt/orgaos-de-gestao/conselho-de-administracao/>

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

<https://www.ulsrl.min-saude.pt/informacao-publica/relatorios/>

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



<https://www.ulsrl.min-saude.pt/informacao-publica/informacao-legal/>

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

<https://www.ulsrl.min-saude.pt/informacao-publica/>

## **F. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO OU DE INTERESSE GERAL**

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

A ULS RL é financiada nos termos da Base 23 da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, devendo refletir as necessidades de saúde da população abrangida e permitir um adequado planeamento da oferta de cuidados de saúde.

O Contrato-Programa celebrado com a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde e a Administração Regional de Saúde do Centro para um período de três anos, e que é revisto anualmente através de Acordos Modificativos, estabelece o plano de prestação de serviços e de cuidados de saúde e as contrapartidas financeiras que lhe estão associadas e os incentivos institucionais que estão dependentes do cumprimento de metas estipuladas para um conjunto de objetivos, destinados a melhorar o desempenho assistencial e de eficiência.

A proposta de contratualização para o ano 2024 apresentada pela ULS RL, através do PDO 2024-2026, teve por base as orientações da Tutela divulgadas nos Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2024, pela DE SNS.

O Acordo Modificativo ao Contrato-Programa 2024 foi celebrado a 2024.02.28 e encontra-se homologado pela tutela.

A remuneração para o ano 2024 está definida na cláusula 2.ª do respetivo Anexo ao Contrato-programa que determina que, a ULS RL receberá o valor prospetivo de € 277.688.286,76, correspondente a atos e atividades, calculado de acordo com um modelo de financiamento de base capitolacional, ajustada pelo risco, pelos fluxos e pela diferenciação das entidades e a incentivos institucionais contratualizados. Os incentivos institucionais, no valor de € 19.438.180,07 são atribuídos em função do cumprimento de objetivos de acesso, qualidade assistencial, económico-financeiro e integração de cuidados conforme definido no Apêndice I do mesmo Contrato.

No Contrato-Programa é ainda referido que, para o ano 2024, vigoram as regras e procedimentos relativos à remuneração da produção contratada definidas por Circular Normativa da ACSS tendo em conta que o cumprimento da produção contratualizada constante do Apêndice II ao Contrato.

Está ainda prevista a possibilidade do valor total do contrato-programa poder ser majorado pelo resultado alcançado dos indicadores que concorrem para os incentivos institucionais no valor de até 3% no ano n+1.

Dando cumprimento à Circular Normativa n.º 6/2019/ACSS, de 21 de março, e dando continuidade à metodologia que vem sendo seguida com o objetivo de mitigar/eliminar divergências de conciliação que afetem a Conta Consolidada do Ministério da Saúde na área dos Contratos-Programa e, ainda, no sentido de dar cumprimento a recomendações do Tribunal de Contas, a ULS RL procedeu, conforme Ofício Circular n.º 88709/2024/DPS/ACSS, de 27 de dezembro de 2024, à emissão de duas faturas nos seguintes termos:

- i. Fatura “Estimativa da Capitação”, referente ao Contrato-Programa de 2024, no valor de € 253.085.104,56, tendo por referência a taxa de execução de 98,0% (a taxa mais elevada de entre os três últimos contratos encerrados);
- ii. Fatura “Estimativa Incentivos” no valor de € 19.049.416,47, assumindo uma taxa de execução de 98,0%, apurada no Índice de Desempenho Global.

Considerando que, tendo por base a produção realizada e o IDG, a taxa de execução do CP 2024 seria de 96,9% antes da penalização ou 94,1% após aplicação da penalização (95,0% sem incentivos antes da penalização ou 90,3% sem incentivos após aplicação da penalização e 99,2% de incentivos), os rendimentos do período encontram-se sobrevalorizados em € 2.976.199 antes do efeito da penalização ou € 10.892.155 após aplicação da penalização.

De referir que, as estimativas e os ajustamentos realizados, não prejudicarão os acertos a efetuar aquando do encerramento do Contrato-Programa de 2024, o qual ocorrerá quando a ACSS emitir o respetivo ofício e fecho, data em que deverá ser emitido o documento (fatura ou nota de crédito) pela diferença apurada e comunicada nesse ofício.

**2. 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)**

Não aplicável, considerando que existe um contrato celebrado para o ano 2024, conforme descrito no ponto anterior.

## VII. REMUNERAÇÕES

### A. COMPETÊNCIA PARA A DETERMINAÇÃO

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

Remuneração dos membros do Conselho de Administração	Decreto-Lei 71/2007, de 27 de março (Estatuto Gestor Público), alterado pelo Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, o qual foi corrigido pela Declaração de Retificação n.º 2/2022, de 25 de janeiro e pelo Decreto-Lei n.º 39/2016, de 28 de julho
	Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro
	Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro
	Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março, alterada pelas Resoluções do Conselho de Ministros n.º 97/2012, de 21 de novembro, n.º 45/2013, de 19 de julho, n.º 48/2013, de 29 de julho e n.º 11/2015, de 6 de março
Remuneração do Conselho Fiscal	Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro (que vigorou até 3 de agosto de 2022)
	Despacho do Secretário de Estado do Tesouro, de 14 de março de 2018
	Despacho do Secretário de Estado da Saúde, de 27 de março de 2018
	Despacho Conjunto dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, de 14 de novembro de 2018
Remuneração do Revisor Oficial de Contas ou da Sociedade de Revisores Oficiais de Contas	Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro (que vigorou até 3 de agosto de 2022)
	Despacho do Senhor Secretário de Estado do Tesouro, n.º 155/2018, de 9 de março
	Despacho Conjunto dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, de 12 de julho de 2018
	Despacho n.º 1300/2022 dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, de 24 e 25 de janeiro
	Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto (que revoga o Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro)

#### 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)

Os membros do Conselho de Administração não intervêm nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas.

Nesse sentido, ao abrigo do artigo 22.º do Estatuto do Gestor Público (EGP), foram remetidas à Procuradoria-Geral da República, declarações de inexistência de incompatibilidades ou impedimento para o exercício de funções dos membros do Conselho de Administração.

#### 3. Evidenciação ou menção de que resulte inequívoco o cumprimento por parte dos membros do órgão de administração do que dispõe o artigo 51.º do RJSPE, isto é, de que se abstêm de

**intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas**

Os membros do Conselho de Administração não intervêm nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas.

## **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, uma vez que a ULSRL não dispõe de comissão de fixação de remunerações e o regulamento interno não prevê a constituição da mesma.

## **C. ESTRUTURA DAS REMUNERAÇÕES**

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

#### **1.1 Órgão de administração – Conselho de Administração**

Nos termos do n.º 4 do art.º 69.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, aos membros do Conselho de Administração aplica-se o Estatuto do Gestor Público (EGP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado pela Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro (objeto da Declaração de Retificação n.º 2/2012, de 25 de janeiro), e alterado pelo Decreto-Lei n.º 39/2016, de 28 de julho.

A remuneração dos elementos do Conselho de Administração da ULSRL observa o disposto nas Resoluções do Conselho de Ministros n.º 16/2012, 18/2012 e 36/2012, de 14 e 21 de fevereiro e 26 de março, respetivamente, que procedem à definição de categorias e critérios objetivos para a fixação do vencimento mensal dos gestores públicos, tendo por referência o limite do vencimento mensal do Primeiro-Ministro, e as Resoluções do Conselho de Ministros n.º 97/2012, 45/2013 e 48/2013, de 21 de novembro, 19 e 29 de julho, respetivamente, que alteram a Resolução do Conselho de Ministro n.º 36/2012, de 26 de março, e que atribuem a classificação B à ULSRL.

Pelo ofício com as referências 39128/2020/URJ/ACSS e E-5532/2020/ACSS, a ACSS esclareceu que o levantamento progressivo da redução remuneratória de 5% (artigos 11.º e 12.º da Lei n.º 12-A/2010, de 30 de junho), aplicável aos elementos dos Conselhos de Administração Pública se efetiva nos termos do artigo 18.º da Lei do Orçamento de Estado de 2018 – LOE 2018, por força

do estabelecido no artigo 182.º do Decreto-Lei de Execução Orçamental para 2018 (Decreto-Lei n.º 33/2018, de 15 de maio). Portanto, o levantamento da redução foi retroagido a 1 de janeiro de 2018, com o faseamento previsto na LOE 2018, vindo a desaparecer na sua totalidade em dezembro de 2019, sendo as remunerações integralmente asseguradas desde 2020.

Pela Portaria n.º 167-B/2022, de 30 de junho, são estabelecidas regras quanto à elegibilidade, composição, determinação e atribuição aos gestores públicos, que exerçam funções executivas em entidades públicas empresariais integradas no Serviço Nacional de Saúde, de uma remuneração variável associada ao reconhecimento e incentivo da boa gestão. Contudo, essa possibilidade cinge-se às situações em que tenha lugar a celebração de contratos de gestão nessa conformidade. Como em 2024 essa questão não se verificou, manteve-se em 2024 a não atribuição de prémios de gestão aos membros do Conselho de Administração.

## **1.2 Órgão de fiscalização – Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas**

Nos termos do n.º 1 do artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova os atuais Estatutos das unidades locais de saúde E.P.E., a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial é exercida por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas (ROC) ou por uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão, escolhido obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão de Valores Mobiliários.

O enquadramento remuneratório dos membros dos conselhos fiscais das empresas públicas integradas no serviço nacional de saúde, consta do Anexo à Informação n.º 36/2017, de 6 de novembro, do Gabinete do Secretário de Estado do Tesouro, a qual foi objeto de concordância pelo Despacho n.º 941/17-SET, da mesma data, daquele membro do Governo, e de Despacho do, então, Secretário de Estado da Saúde, datado de 15 de novembro.

O conselho fiscal, constituído por um presidente e dois vogais, foi designado para o mandato 2018-2020, através de despacho conjunto dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, de 27 de março de 2018, fixando o referido despacho as remunerações mensais ilíquidas, a suportar pela ULS RL: Presidente – € 801,89 e vogal – € 600,89 (a pagar catorze vezes ao ano). Aos valores mensais são aplicadas as disposições legalmente vigentes que os tomem por objeto em cada momento.

Nos termos do n.º 3 do artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, 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.

Por não ter sido proferido despacho de nomeação do Conselho Fiscal, mantêm-se os titulares designados para o triénio 2018-2020 em exercício de funções, nos termos do n.º 3 e 6 do artigo 79.º do Decreto -Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

A designação do Revisor Oficial de Contas para o mandato 2018-2020, foi objeto do Despacho dos Senhores Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, de 12 de julho de 2018, no qual constam os honorários anuais ilíquidos do ROC, que incluem a certificação legal de contas de 2017, e que correspondem aos apresentados na proposta de candidatura aprovada pelo Conselho Fiscal, que se explicitam de seguida: 2017 – € 10.000,00 (dez mil euros); 2018 – € 16.800,00 (dezasseis mil e oitocentos euros); 2019 a 2020 – € 19.800,00 (dezanove mil e oitocentos euros). Ao valor dos honorários mencionados, acresce o IVA, à taxa legal em vigor. Ao valor dos honorários são aplicadas as disposições legalmente vigentes que os tomem por objeto em cada momento. As despesas de transporte e alojamento, bem como quaisquer outras realizadas no exercício das funções do ROC são reembolsadas pela ULS RL.

Apesar de se ter aguardado nomeação formal, durante o ano de 2021, por parte da Tutela, a BDO & Associados - SROC Lda. deu continuidade ao serviço de revisão legal de contas no exercício de 2021, nos termos do n.º 6 do artigo 79.º dos Estatutos constantes do Decreto-Lei n.º 52/2022.

O Despacho n.º 1300/2022, de 24 e 25 de janeiro de 2022, dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, designa como Revisor Oficial de Contas, para o triénio de 2022-2024, a sociedade BDO & Associados, SROC, Lda. registada como SROC n.º 29 junto da OROC e na CMVM com o n.º 20161384, representada por António José Correia de Pina Fonseca, ROC n.º 949, inscrito na CMVM com o n.º 20160566. Designa, também, como Revisor Oficial de Contas suplente, para o triénio 2022-2024, a sociedade Oliveira, Reis & Associados, SROC, Lda. registada como SROC n.º 23 junto da OROC e na CMVM com o n.º 20161381, representada por Joaquim Oliveira de Jesus, ROC n.º 1056.

A remuneração anual de € 19.800 foi mantida na nomeação para o triénio 2022-2024.

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

Os Órgãos Sociais não intervêm no modo como as remunerações são estruturadas, uma vez que estas são definidas por normativos legais emanados pelo Governo.

A remuneração é estruturada de forma a permitir o alinhamento dos objetivos dos membros do órgão de administração com os objetivos de longo prazo da entidade, tendo por base um contrato de gestão proposto pela Tutela e assinado por cada um dos membros do Conselho de Administração.

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

Não aplicável.

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

Não aplicável, na medida em que não é atribuída componente variável de remuneração.

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

Não aplicável, não tendo sido definida a atribuição de quaisquer prémios.

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

Não 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 entidade, proveniente da entidade, incluindo remuneração fixa e variável e, relativamente a esta, menção às diferentes componentes que lhe deram origem**



Unid: euro

Membro do CA	Remuneração mensal fixada - EGP			
	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)	
	[S/N]	[A/B/C]	Vencimento mensal	Despesas Representação
Licínio Oliveira de Carvalho	85% Venc. PM	B	4.609,11 €	1.843,64 €
Catarina Maria Gonçalves Faria	80% Venc. PCA	B	3.687,29 €	1.474,92 €
Denise Alexandra Cunha Velho	80% Venc. PCA	B	5.216,22 €	1.474,92 €
Marco Alexandre Santos Neves	80% Venc. PCA	B	3.687,29 €	1.474,92 €
Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges	80% Venc. PCA	B	3.687,29 €	1.474,92 €

Unid: euro

Membro do CA	Remuneração Anual Auferida (€)				
	Fixa (1)	Variável (2)	Valor Bruto (3)=(1)+(2)	Reduções Remuneratórias (4)	Valor Bruto Final (5) = (3) - (4)
Licínio Oliveira de Carvalho	86.436,12 €	0,00 €	86.436,12 €	-311,89 €	86.124,23 €
Catarina Maria Gonçalves Faria	69.321,10 €	0,00 €	69.321,10 €	-258,11 €	69.062,99 €
Denise Alexandra Cunha Velho	90.726,12 €	0,00 €	90.726,12 €	-258,11 €	90.468,01 €
Marco Alexandre Santos Neves	68.909,44 €	0,00 €	68.909,44 €	-249,50 €	68.659,94 €
Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges	69.198,36 €	0,00 €	69.198,36 €	-249,50 €	68.948,86 €
<b>Total</b>	<b>384.591,14 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>384.591,14 €</b>	<b>-1.327,11 €</b>	<b>383.264,03 €</b>

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

(2) Prémios de Gestão.

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

Unid: euro

Membro do CA	Benefícios Sociais (€)							
	Subsídio de Refeição		Regime de Proteção Social		Encargo Anual	Encargo Anual	Outros	
	Valor/Dia	Montante pago Anual	Identificar	Encargo Anual	Seguro de Saúde	Seguro de Vida	Identificar	Valor
Licínio Oliveira de Carvalho	6 €	1.356,00 €	CGA/ADSE	0,00 €	0,00 €	0,00 €		
Catarina Maria Gonçalves Faria	6 €	1.512,00 €	SS/ADSE	0,00 €	0,00 €	0,00 €		
Denise Alexandra Cunha Velho	6 €	1.356,00 €	CGA/ADSE	0,00 €	0,00 €	0,00 €		
Marco Alexandre Santos Neves	6 €	1.320,00 €	CGA/ADSE	0,00 €	0,00 €	0,00 €		
Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges	6 €	1.380,00 €	SS/ADSE	0,00 €	0,00 €	0,00 €		
<b>TOTAL</b>		<b>6.924,00 €</b>		<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>		<b>0,00 €</b>

Unid: euro

Membro do CA	Gastos anuais associados a Deslocações em Serviço (€)					
	Deslocações em Serviço	Custo com Alojamento	Ajudas de custo	Outras		Gasto total com viagens (Σ)
				Identificar	Valor	
Licínio Oliveira de Carvalho	-	-	151,07 €	-	-	151,07 €
Catarina Maria Gonçalves Faria	-	-	-	-	-	0,00 €
Denise Alexandra Cunha Velho	-	-	-	-	-	0,00 €
Marco Alexandre Santos Neves	-	-	-	-	-	0,00 €
Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges	-	-	-	-	-	0,00 €
						<b>151,07 €</b>

Unid: euro

Membro do CA	Gastos com Comunicações(€)		
	Plafond Mensal Definido	Plafond Anual	Observações
Licínio Oliveira de Carvalho	80,00 €	603,87 €	
Catarina Maria Gonçalves Faria	80,00 €	0,00 €	
Denise Alexandra Cunha Velho	80,00 €	2,96 €	
Marco Alexandre Santos Neves	80,00 €	7,93 €	
Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges	80,00 €	221,91 €	
<b>TOTAL</b>		<b>836,67 €</b>	

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

Não aplicável, uma vez que não se verifica a existência de outras entidades em relação de domínio ou grupo.

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

Não aplicável, na medida em que não se verificou o pagamento de quaisquer remunerações deste tipo.

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

Não se verificaram quaisquer indemnizações pagas ou devidas a ex-administradores executivos.

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

Unid: euro

Nome	Remuneração anual auferida (bruta)
José António Vila Mona Batalha	11.216,66 €
Telma Carreira Curado	8.412,46 €
Ana Paula Jesus Harfouche	8.412,46 €
Mário José Alveirinho Carrega	0,00 €
<b>TOTAL</b>	<b>28.041,58 €</b>

Unid: euro

Nome ROC/FU	Valor Anual do Contrato de Prestação de Serviços - 2024 <sup>(1)</sup>			Valor Anual de Serviços Adicionais - 2024 <sup>(1)</sup>			
	Valor (1)	Reduções (2)	Valor Final (3) = (1)-(2)	Identificação do Serviço	Valor (1)	Reduções (2)	Valor Final (3) = (1)-(2)
BDO & Associados, SROC, Lda. Representada por: António José Correia de Pina Fonseca	19.800,00 €	0,00 €	19.800,00 €	Despesas incorridas com deslocações	3.525,00 €	0,00 €	3.525,00 €

<sup>(1)</sup> Acresce IVA à taxa legal em vigor

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

Não aplicável, uma vez que a ULS RL não dispõe de assembleia geral (ver ponto B. do capítulo V. Órgãos Sociais e Comissões deste relatório).

## VIII. TRANSAÇÕES COM PARTES RELACIONADAS E OUTRAS

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

Não foram definidos mecanismos específicos para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas, tendo em conta que a ULS RL não detém quaisquer participações e as transações mais relevantes com partes relacionadas respeitam aos serviços prestados aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, que representam cerca de 99% das prestações de serviços, as quais são faturadas à ACSS, nos termos contratualizados com a Tutela, no âmbito do Contrato-Programa.

De referir que a faturação de prestações de serviços à ACSS é precedida da validação e aprovação, por parte da mesma, dos serviços a faturar.

A execução do Contrato-Programa é acompanhada e monitorizada pela ACSS.

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

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

Os procedimentos adotados em matéria de aquisição de bens e serviços são os que decorrem do disposto no Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, o qual foi revisto e republicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 111-B/2017, de 31 de agosto, e ainda com as últimas alterações introduzidas pela Lei n.º 30/2021, de 21 de maio, que iniciaram a sua vigência a 2021.06.21, e ainda pelo Decreto-Lei n.º 78/2022, de 7 de novembro.

De referir ainda que, por Deliberação do Conselho de Administração, de 2018.11.07, foi aprovado o Manual de Procedimentos em Contratação Pública, que visa instituir um conjunto de regras a observar em todos os procedimentos de contratação pública, desenvolvidos no Serviço de Aprovisionamento, orientando assim os procedimentos internos, obtendo a uniformização dos mesmos e observando as boas práticas em contratação pública.

Este manual de procedimentos terá que ser atualizado, tendo em conta as recentes alterações legislativas em sede do regime de contratação pública (Lei n.º 30/2021, de 21 de maio e Decreto-Lei n.º 78/2022, de 7 de novembro).

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

As transações realizadas ocorrem sempre em condições de mercado.

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

Em 2024 não ocorreram transações com fornecedores que representassem mais de 5% do total dos fornecimentos e serviços externos e cuja percentagem correspondesse, simultaneamente, a mais de um milhão de euros.

## **IX. ANÁLISE DE SUSTENTABILIDADE DA EMPRESA NOS DOMÍNIOS ECONÓMICO, SOCIAL E AMBIENTAL**

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

Esta informação consta do n.º 2 do ponto II deste 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 n.º 2 do ponto II deste relatório.

Relativamente à política de qualidade seguida pela ULSRL, importa referir a obtenção, em abril de 2023, da reacreditação dos Hospitais da USRL (HSA, HDP, HABLO e UIDEPP), pela *Joint Commission International*, para a qual foram adotadas múltiplas políticas e procedimentos que visaram a melhoria da qualidade e da segurança ao nível das estruturas e dos recursos, dos processos e dos resultados, em todos os domínios da atividade da organização. Está prevista nova auditoria de reacreditação no ano de 2026.

No ano de 2021, a Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) da ULSRL foi alvo de auditoria focal por parte da *Joint Commission International*, e foi concedida também a extensão de acreditação a esta unidade. Em 2023, esta unidade foi igualmente certificada pela ACSA (modelo este, adotado pela Direção-Geral da Saúde (DGS). Em maio de 2025 a UHD será sujeita a nova auditoria de acompanhamento.

De forma a garantir a sustentabilidade do processo, a Comissão da Qualidade e Segurança do Doente da ULSRL realiza auditorias pedagógicas de acompanhamento aos Serviços, visando a melhoria dos cuidados prestados, sob domínio dos padrões da *Joint Commission International*, inclusive com o novo padrão GHI – Impacto na Saúde Global, assim como, dos referenciais da ACSA e do enquadramento legal.

A ULSRL viu em novembro de 2019 os seus Centros de Referência para o Cancro Colo Retal e Cancro Hepato-biliopancreático, certificados pelo modelo ACSA, sendo que, em março de 2022, foi sujeito a nova auditoria de acompanhamento por parte da DGS. Em 2024, estes centros iniciaram novo processo de recertificação.

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

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

O Conselho de Administração tem pautado a sua atuação por uma estratégia de desenvolvimento sustentado da atividade assistencial, nos termos das orientações gerais fixadas pela tutela.

No que se refere à responsabilidade social a ULS durante o ano 2024, assumiu as seguintes prioridades:

- i. Integração e articulação dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados da região, assegurando a continuidade e eficácia da resposta assistencial;
- ii. Promoção da literacia em saúde, através de campanhas de educação para a saúde e ações de sensibilização, dinamizadas pelas unidades funcionais dos cuidados de saúde primários e por vários serviços hospitalares;
- iii. Promoção da saúde junto de grupos vulneráveis, incluindo população idosa, migrantes, pessoas em situação de exclusão social e comunidades desfavorecidas;
- iv. Estabelecimento de parcerias com municípios, escolas, IPSS e organizações da sociedade civil para ações de promoção da saúde e bem-estar;
- v. Valorização dos profissionais de saúde, com políticas de bem-estar no trabalho, igualdade de género, desenvolvimento de competências e equilíbrio entre vida profissional e pessoal, através de iniciativas promovidas pelo Gabinete de Comunicação e Imagem, Gabinete de Educação e Formação Permanente e Comissão de Humanização: sessões de acolhimento a novos profissionais, formação sobre relacionamento interpessoal, gestão de conflitos, etc.
- vi. Ainda no âmbito da sua responsabilidade social a ULS tem colaborado ativamente com várias instituições de ensino superior, na realização de estágios de enfermagem, farmácia, serviço social, informática, técnicos de diagnóstico e terapêutica, etc., para além de ter vindo a receber um número significativo de médicos para frequência do ano comum ou para o internato da formação específica que reforçam o papel desta instituição na formação e na promoção do conhecimento científico.
- vii. O Gabinete de Comunicação e Imagem que é responsável por toda a comunicação externa e interna da organização., além de promover os contatos e o relacionamento do ULS com os seus públicos externos, como utentes, comunidade, parceiros, órgãos de comunicação social, outros hospitais, etc., procura dinamizar e promover a cooperação

e comunicação internas, entre colaboradores e outros profissionais ligados à ULS Região de Leiria.

No que diz respeito ao desenvolvimento sustentável a ULS integrou os princípios de sustentabilidade nos seus processos de gestão e prestação de cuidados, destacando-se a nível ambiental:

- i. Os investimentos que se iniciaram durante o corrente ano, suportadas por candidaturas ao PRR, para melhorar a eficiência energética nos edifícios e equipamentos hospitalares;
- ii. A criação de um Centro para a Sustentabilidade com a missão principal de apoiar o conselho de Administração nas decisões de sustentabilidade ambiental, ecológica, financeira, económica e energética;
- iii. A implementação de um sistema de gestão documental que permitirá a redução de consumo de papel;
- iv. A introdução de veículos elétricos que serão utilizados na deslocação dos profissionais dos cuidados de saúde primários para domicílios aos utentes.

Em termos de serviço público prestado a ULS reafirmou o seu papel como pilar do Serviço Nacional de Saúde, mantendo os compromissos de garantir cuidados de saúde de qualidade, próximos e em tempo útil, ser agente de coesão territorial, assegurando uma resposta adequada às populações da área que serve e contribuindo para o reforço da confiança dos cidadãos nos serviços de saúde.

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

A ULS RL mantém uma permanente responsabilidade ambiental, estando apostado no desenvolvimento de estratégias que promovem a utilização racional dos meios, de modo a evitar desperdícios e danos ambientais.

Neste sentido, a ULS RL tem implementado medidas de sustentabilidade ambiental de diversa natureza, de entre as quais se destacam:

- Triagem, acondicionamento e encaminhamento para destino final das várias tipologias de resíduos produzidos na ULS RL:



- Resíduos hospitalares equiparados urbanos (grupo I e II);
- Resíduos hospitalares perigosos (grupo III e IV);
- Resíduos valorizáveis (papel e cartão, plásticos e vidro);
- Resíduos líquidos / sólidos perigosos (nas áreas laboratoriais), nomeadamente, xilol, formol, parafina, álcoois e corantes).
- Resíduos de fluxo especial:
  - Lâmpadas fluorescentes;
  - *Toners* e tinteiros;
  - Monstros e monos;
  - Pilhas, acumuladores, baterias;
  - Óleos usados;
  - Equipamentos elétricos e eletrónicos;
  - Amalgamas dentárias (resíduos com mercúrio).
- Caracterização dos efluentes gasosos das caldeiras, de acordo com o definido na legislação em vigor;
- Monitorização periódica dos Gases Anestésicos presentes na atmosfera das salas operatórias;
- Programa de monitorização da qualidade da água para consumo humano;
- Plano de prevenção, monitorização e controlo ambiental da bactéria Legionella;
- Tendo por base a política dos 3R's, promove a correta gestão de *stock* de forma a reduzir a produção de resíduos na fonte;
- Análise dos consumos de energia elétrica, gás natural e água assim como da produção de resíduos, como definido no Programa de Eficiência energética (ECO@SAÚDE) e do Plano Estratégico do Baixo Carbono (PEBC) do Ministério da Saúde;
- Participação no projeto europeu Hospital SUDOE 4.0, Gestão Inteligente de energia em edifícios hospitalares, mantendo a monitorização dos consumos de água e energia elétrica e gás natural e o estudo da qualidade do ar interior;
- Dando cumprimento ao Plano de Racionalização de Energia para as instalações hospitalares, emanado e descrito no âmbito da Auditoria Energética realizada em 2016, realizou-se a empreitada de Substituição da UTA do Bloco Operatório do HABLO;
- Realização das auditorias energéticas e hídrica ao HSA, HDP e HABLO, com identificação das medidas a implementar de forma a aumentar a eficiência energética das unidades hospitalares, com emissão do respetivo certificado energético;

- Considerando o cenário de crise energética na União Europeia, bem como a situação crítica de seca em Portugal, em alinhamento com as diretivas da União Europeia para redução dos consumos energéticos, foram delineadas um conjunto de medidas transversais com vista à redução dos consumos e custos com as energias e com a água nas unidades hospitalares que compõem a ULS RL;
- Candidatura ao Plano de Resolução e Resiliência do Fundo Ambiental, Eficiência Energética em Edifícios da Administração Pública Central, com o intuito de obter financiamento para a implementação das diversas medidas identificadas em sede de auditoria energética e hídrica.
- Desenvolvimento de projetos para implementação de um Sistema Solar Fotovoltaico e de um Sistema Solar Térmico no HSA, HDP e HABLO;
- Desenvolvimento de projeto para a substituição do sistema de Gestão Técnica Centralizada do HSA;
- Implementação de campanhas com vista à sensibilização de todos os profissionais para com as boas práticas energéticas.

**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)**

Na ULS RL verifica-se uma continuidade da predominância do género feminino, sendo que, a 31 de dezembro de 2024, cerca de 84,80% dos seus efetivos são mulheres, não se verificando diferenças salariais em função do género.

Ademais, são promovidas em permanência os princípios da igualdade de tratamento, nomeadamente no género, tanto na contratação dos recursos humanos como nas políticas remuneratórias, combatendo de forma perentória qualquer forma de discriminação.

Foi aprovado e implementado o Plano Anual para a Igualdade de Género e Não Discriminação para 2023, dando cumprimento à Resolução do Conselho de Ministros nº 19/2012, de 8 de março e Lei n.º 62/2017, de 1 de agosto, pelo qual este organismo renova a integração, nas suas dinâmicas os princípios, a prossecução da efetiva igualdade de tratamento e oportunidades entre mulheres e homens e, por conseguinte, em cumprimento do objetivo de garantir um tratamento mais justo e equilibrado das pessoas com que se relaciona.

O Plano Anual para a Igualdade de Género e Não Discriminação encontra-se publicado no *site*

<https://www.ulsrl.min-saude.pt/informacao-publica/relatorios/>



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

A ULS RL, enquanto entidade empregadora, promove ativamente uma política de igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no acesso ao emprego e na progressão profissional, providenciando escrupulosamente no sentido de evitar toda e qualquer forma de discriminação, conforme evidenciado na alínea anterior.

O Plano Anual para a Igualdade de Género e Não Discriminação enuncia 10 objetivos para a promoção da igualdade de género e não discriminação, através da implementação de diversas medidas, organizados em 5 domínios específicos:

Domínio 1: Diagnóstico – Conhecer as práticas para a igualdade já implementadas e as áreas com maior desequilíbrio através da realização de um diagnóstico, através do questionário de satisfação dos colaboradores e da criação de um grupo de trabalho para a igualdade de género e não discriminação;

Domínio 2: Missão, Visão e Valores – Inclusão desta temática na Missão, Visão e Valores da Instituição, bem como em todos os seus documentos estruturais, através da revisão dos documentos e da apresentação de propostas ao CA a elaborar pela Comissão de Qualidade e Segurança do Doente em parceria com o grupo de trabalho para a igualdade de género e não discriminação;

Domínio 3: Igualdade de género na gestão de recursos humanos:

- i. Tratar homens e mulheres de forma igualitária e justa no acesso ao trabalho, através da adoção de linguagem não discriminatória nos anúncios de admissão a procedimentos concursais ou de recrutamento e garantindo a adoção de critérios de admissão não discriminatórios, baseados em competências e motivações;
- ii. Fomentar a participação de todos os profissionais na disseminação da temática da igualdade de género, nomeadamente, através de ações de sensibilização;
- iii. Permitir a avaliação de desempenho unicamente baseada na meritocracia;
- iv. Promover medidas de reintegração ajustadas após as ausências por motivos familiares;
- v. Garantir uma representação equilibrada de géneros em posições de decisões.

Domínio 4: Comunicação e Imagem – garantir a comunicação interna e externa através de linguagem não discriminatória;

Domínio 5: Monitorização e divulgação – avaliar o cumprimento das metas definidas e divulgar publicamente os avanços alcançados na persecução de uma política de igualdade de género e não discriminação.

O n.º 2 da RCM n.º 18/2014, de 7 de março, determina que as empresas do setor empresarial do Estado promovam, de três em três anos, a elaboração de um relatório, a divulgar internamente e a disponibilizar no respetivo sítio na Internet, sobre as remunerações pagas a mulheres e homens tendo em vista o diagnóstico e a prevenção de diferenças injustificadas naquelas remunerações.

O Relatório sobre as Remunerações Pagas a Mulheres e Homens foi elaborado, com referência ao ano 2021, e pode ser consultado através do *link*:

<https://www.ulsrl.min-saude.pt/informacao-publica/relatorios/>

Conforme é evidenciado no referido relatório, o mapa de pessoal da ULSRL é constituído, maioritariamente, por trabalhadores do sexo feminino. Dado que é aplicada a mesma tabela salarial a todos os profissionais desta ULS – independentemente de serem mulheres ou homens e da natureza do vínculo contratual – consta-se que as diferenças salariais identificadas decorrem, única e exclusivamente, da categoria profissional em que cada trabalhador está inserido na respetiva carreira, bem como da posição remuneratória em que está colocado, da progressão na carreira e do regime de trabalho que cada um detém, não se verificando qualquer diferenciação da remuneração em função do sexo.

Ainda neste domínio, a ULSRL, encontra-se a atualizar um Plano a Igualdade de Género e Não Discriminação, cumprindo assim com a Resolução do Conselho de Ministros nº 19/2012, de 8 de março de 2012, que veio determinar a obrigatoriedade de adoção, em todas as entidades do setor empresarial do Estado, de um plano para a igualdade, tendente a alcançar a igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, eliminar as discriminações e facilitar a conciliação da vida pessoal, familiar e profissional.

O Plano para o ano 2023 foi aprovado por deliberação do Conselho de Administração de 2022.11.16, estando atualmente em vigor até nova versão. Este Plano materializa um conjunto de objetivos e medidas que a ULS RL pretende integrar nas suas dinâmicas, no objetivo de garantir um tratamento mais justo e equilibrado das pessoas com que se relaciona.



O documento é público e encontra-se disponível no sítio da internet, no seguinte *link*:

<https://www.ulsrl.min-saude.pt/informacao-publica/relatorios/>

A ULS RL, enquanto entidade empregadora, promove ativamente uma política de igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no acesso ao emprego e na progressão profissional, providenciando escrupulosamente no sentido de evitar toda e qualquer forma de discriminação, conforme evidenciado na alínea anterior.

O Plano Anual para a Igualdade de Género e Não Discriminação enuncia 10 objetivos para a promoção da igualdade de género e não discriminação, através da implementação de diversas medidas, organizados em 5 domínios específicos:

Domínio 1: Diagnóstico – Conhecer as práticas para a igualdade já implementadas e as áreas com maior desequilíbrio através da realização de um diagnóstico, através do questionário de satisfação dos colaboradores e da criação de um grupo de trabalho para a igualdade de género e não discriminação;

Domínio 2: Missão, Visão e Valores – Inclusão desta temática na Missão, Visão e Valores da Instituição, bem como em todos os seus documentos estruturais, através da revisão dos documentos e da apresentação de propostas ao CA a elaborar pela Comissão de Qualidade e Segurança do Doente em parceria com o grupo de trabalho para a igualdade de género e não discriminação;

Domínio 3: Igualdade de género na gestão de recursos humanos:

- i. Tratar homens e mulheres de forma igualitária e justa no acesso ao trabalho, através da adoção de linguagem não discriminatória nos anúncios de admissão a procedimentos concursais ou de recrutamento e garantindo a adoção de critérios de admissão não discriminatórios, baseados em competências e motivações;
- ii. Fomentar a participação de todos os profissionais na disseminação da temática da igualdade de género, nomeadamente, através de ações de sensibilização;
- iii. Permitir a avaliação de desempenho unicamente baseada na meritocracia;

Domínio 4: Comunicação e Imagem – garantir a comunicação interna e externa através de linguagem não discriminatória;

Domínio 5: Monitorização e divulgação – avaliar o cumprimento das metas definidas e divulgar publicamente os avanços alcançados na persecução de uma política de igualdade de género e não discriminação.

O n.º 2 da RCM n.º 18/2014, de 7 de março, determina que as empresas do setor empresarial do Estado promovam, de três em três anos, a elaboração de um relatório, a divulgar internamente e a disponibilizar no respetivo sítio na Internet, sobre as remunerações pagas a mulheres e homens tendo em vista o diagnóstico e a prevenção de diferenças injustificadas naquelas remunerações.

O Relatório sobre as Remunerações Pagas a Mulheres e Homens foi elaborado, com referência ao ano 2021, e pode ser consultado através do *link*:

<https://www.ulsrl.min-saude.pt/informacao-publica/relatorios/>

Conforme é evidenciado no referido relatório, o mapa de pessoal da ULS RL é constituído, maioritariamente, por trabalhadores do sexo feminino. Dado que é aplicada a mesma tabela salarial a todos os profissionais desta unidade local de saúde – independentemente de serem mulheres ou homens e da natureza do vínculo contratual – consta-se que as diferenças salariais identificadas decorrem, única e exclusivamente, da categoria profissional em que cada trabalhador está inserido na respetiva carreira, bem como da posição remuneratória em que está colocado, da progressão na carreira e do regime de trabalho que cada um detém, não se verificando qualquer diferenciação da remuneração em função do sexo.

**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)**

Durante o exercício de 2024, a política de recursos humanos priorizou o objetivo de dotar os serviços com os trabalhadores em número adequado, e com competências e perfil necessários para prosseguir os objetivos e metas estabelecidos, no sentido do cumprimento da missão e metas da ULS, num quadro de observância de critérios de qualidade de serviço e com eficiência e efetividade.

Como aspeto crítico da gestão de recursos humanos, importa referir a persistência do quadro de dificuldades de recrutamento em algumas áreas clínicas especializadas que comprometem o



desempenho assistencial da ULS, o que conduziu à necessidade de continuar a utilizar mecanismos de contratação específicos, como sejam o recurso à contratação de médicos em regime de prestação de serviços ou à contratação de empresas especializadas, em observância com as determinações legais vigentes, das quais se destaca a manutenção, com incidência crescentemente restritiva no processo de contratação, das exigências estabelecidas pelo Despacho n.º 3027/2018, de 23 de março, que revoga o Despacho n.º 5346/2017, de 6 de junho, e que derroga, na parte aplicável, o Despacho n.º 12083/2011, de 15 de setembro.

Procurando adequar os recursos humanos às necessidades funcionais da instituição, a ULS pugnou pelo cumprimento do previsto no artigo 50.º do RJSPE.

**f) Informação sobre a política de responsabilidade económica, com referência aos moldes em que foi salvaguardada a competitividade da entidade, designadamente pela via de investigação, inovação, desenvolvimento e da integração de novas tecnologias no processo produtivo (vide n.º 1 do artigo 45.º do 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 âmbito do disposto no n.º 1 do artigo 45.º do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial (RJSPE), a ULS Região de Leiria adota uma política de responsabilidade económica orientada para a sustentabilidade da atividade assistencial, garantindo a eficiência na afetação de recursos públicos e a maximização do valor entregue ao cidadão.

A ULS assegura a sua competitividade através da adoção de práticas de gestão eficiente dos recursos financeiros, humanos e materiais, promoção da inovação clínica e organizacional e investimento em infraestruturas tecnológicas e na modernização dos serviços de saúde.

Constitui preocupação constante do Conselho de Administração, a contenção da realização de despesa, o esforço de cobrança de receitas e o aperfeiçoamento do processo de contratualização da atividade assistencial, quer através da contratualização interna, quer através do reforço dos mecanismos de monitorização e acompanhamento interno.

A gestão de proximidade que tem sido uma aposta da ULS nomeadamente através das Áreas de Gestão Intermédia (AGI), unidade funcional do Serviço de Planeamento e Informação para a Gestão, tem-se traduzido em resultados bastante positivos para a Instituição. Encontra-se implementado um Modelo de Acompanhamento dos Serviços de Prestação de Cuidados Hospitalares pelas AGI, com os seguintes objetivos:

- Envolver cada vez mais os serviços na negociação e acompanhamento da execução do CP conjuntamente com o Conselho de Administração e as chefias intermédias, bem como no planeamento comum de objetivos, indicadores e metas de produção, eficiência/produktividade, económico-financeiras, qualidade e acesso;
- Monitorizar e acompanhar de forma periódica o desempenho dos serviços de prestação de cuidados da área hospitalar, ao nível económico-financeiro, da eficiência operacional e qualidade dos cuidados prestados e da garantia da acessibilidade dos utentes, com o intuito de identificar desvios e implementar ou propor medidas corretivas;
- Avaliar propostas de realização de novas técnicas na prestação de cuidados de saúde, bem como a implementação de procedimentos que privilegiem a integração de novas tecnologias no processo produtivo.

A organização das unidades funcionais do Departamento dos Cuidados Saúde Primários oferece vantagens na gestão ao promover maior autonomia funcional e técnica, permitindo-lhes contratuar objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade e qualidade. A autonomia e a gestão focada na contratualização de indicadores também incentivam a motivação e a organização das equipas.

A participação ativa em projetos de investigação clínica e saúde pública, em parceria maioritariamente com o Instituto Politécnico de Leiria (IPL), mas também com outros institutos e universidades e o fato da ULS integrar o *ciTechCare (The Center for Innovative Care and Health Technology)* unidade líder em investigação, desenvolvimento e inovação do IPL, são um estímulo à produção científica e à valorização dos profissionais de saúde.

A inovação organizacional e introdução de novas tecnologias na ULS esteve presente durante o ano 2024 nomeadamente através:

- i. Da introdução de soluções baseadas na utilização de tecnologia de leitura de códigos de barras à cabeceira do doente com recurso a dispositivos portáteis que aumentam a mobilidade e a interoperabilidade entre soluções e entre utilizadores para a Administração de medicamentos, transfusões, colheitas de sangue, etc.
- ii. Do alargamento de soluções mobile para utentes como sejam as apps para admissões de consultas, desmarcações, etc.
- iii. Do reforço dos investimentos em equipamentos médicos e em meios complementares de diagnóstico e terapêutica

- iv. Da abertura, no Hospital de Pombal, de uma unidade de cuidados de convalescença, que integra a rede de cuidados continuados e contribui para a reabilitação mais rápida dos utentes;
- v. Do projeto de reestruturação da urgência geral, em sintonia com a política definida para a rede de referência hospitalar de intervenção cardiológica;
- vi. Da adaptação do recobro do bloco Operatório Central com o objetivo de aumentar e desenvolver as cirurgias realizadas em regime ambulatorio;

O Conselho de Administração manterá a adoção de modelos de gestão baseados em indicadores de desempenho e *benchmarking*, a otimização do percurso dos doentes dentro da ULS, a articulação entre níveis de cuidados e formação contínua e capacitação dos profissionais para novas ferramentas tecnológicas e modelos organizacionais.

Será mantida e reforçada a orientação das políticas com foco nos utentes através do reforço da escuta ativa e da medição da sua satisfação com a experiência na ULS, mas também da expansão de canais digitais de contacto, das teleconsultas e da personalização da prestação de cuidados com base em dados clínicos e sociais.

Não serão descuradas estratégias de mitigação de riscos ambientais, como, eficiência energética nas instalações, redução do uso de papel e gestão responsável de resíduos hospitalares.

Será feita uma avaliação sistemática de riscos operacionais, económicos e reputacionais bem como estará presente a preocupação de contribuir para a eficácia global do SNS aumentando a qualidade da resposta com transparência, prestação de contas e alinhamento com os objetivos estratégicos públicos.

A ULS RL tem também apostado na área da investigação, sendo reflexo disso o trabalho que tem sido desenvolvido pelo Centro de Investigação, e com o seu apoio, nomeadamente:

- Estudos da iniciativa do investigador: 75 estudos foram submetidos em 2024. Destes 32 são estudos observacionais, 23 de grau académico, 2 não clínico e 3 com outro tipo de intervenção;
- Ensaios clínicos: Em 2024, encontravam-se ativos 18 ensaios clínicos e 2 estudos observacionais. Iniciaram 7 estudos e aprovados 7 contratos;
- Estudos observacionais com medicamentos: 2 em curso, 0 com o recrutamento ativo. Foram submetidos 2 estudos observacionais com medicamento em 2024;

- Estudos observacionais sem medicamentos: submetido 1 em 2024;
- Projetos candidatados a programas de financiamento do P2030: foi submetido, internamente, um projeto cofinanciado pela ANI, o qual já mereceu parecer favorável por parte desta entidade.

## **X. AVALIAÇÃO DO GOVERNO SOCIETÁRIO**

**1. Menção à disponibilização em SiRIEF da ata da reunião da Assembleia Geral, Deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação dos documentos de prestação de contas (aí se incluindo o Relatório e Contas e o RGS) relativos ao exercício de 2023 por parte dos titulares da função acionista ou, caso não se tenha ainda verificado a sua aprovação, menção específica desse facto.**

O Relatório e Contas e o Relatório de Governo Societário, referentes ao ano 2023, foram aprovados por Deliberação do Conselho de Administração de 2024.03.28.

O Parecer do Conselho Fiscal sobre o Relatório do Governo Societário de 2023 foi emitido com data de 2024.08.26

A Certificação Legal de Contas foi emitida, pelo Revisor Oficial de Contas, em 2024.08.29

O Relatório e Parecer do Conselho Fiscal sobre o Relatório e Contas do exercício de 2023 foi emitido em 2024.08.30.

Todos os documentos mencionados, relativos ao exercício de 2023, foram disponibilizados em SIRIEF.

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

**a) Informação que permita aferir o cumprimento da recomendação ou remissão para o ponto do relatório onde a questão é desenvolvida**

A estrutura e prática de governo societário cumprem, na generalidade, e no que é aplicável, o previsto na Secção II do Capítulo II do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua redação atual.

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

Não aplicável, uma vez, à data, que não foram emitidas, por parte dos Órgãos de Fiscalização, quaisquer recomendações relativamente à estrutura e prática de governo societário.

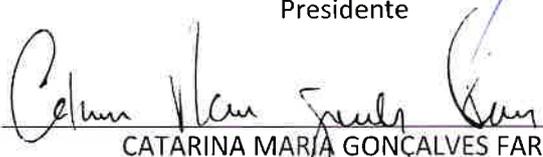
**3. Outras informações:** a entidade deverá fornecer quaisquer elementos ou informações adicionais que, não se encontrando vertidas nos pontos anteriores, sejam relevantes para a compreensão do modelo e das práticas de governo adotadas

Não existem elementos ou informações adicionais a fornecer.

Leiria, 28 de maio de 2025

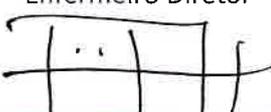
**O Conselho de Administração**

  
\_\_\_\_\_  
MANUEL JOSÉ SANTOS DE CARVALHO  
Presidente

  
\_\_\_\_\_  
CATARINA MARIA GONÇALVES FARIA  
Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde  
hospitalares

  
\_\_\_\_\_  
DENISE ALEXANDRA CUNHA VELHO  
Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde  
primários

  
\_\_\_\_\_  
PAULO EMANUEL PEREIRA LOPES  
Enfermeiro Diretor

  
\_\_\_\_\_  
FILIPA DUARTE VIEIRA PIMENTA ALVES ESPERANÇA  
Vogal Executiva

  
\_\_\_\_\_  
NEUSA FERNANDINA SOBRINHO DE MAGALHÃES  
Vogal Executiva

## **XI. ANEXOS DO RGS**

### **A. RELATÓRIO DO ÓRGÃO DE FISCALIZAÇÃO**

Aguarda-se emissão da Certificação Legal de Contas e do Relatório e Parecer do Conselho Fiscal para incorporação neste relatório.

## B. DEMONSTRAÇÃO NÃO FINANCEIRA

A informação que se apresenta de seguida dá resposta aos requisitos legais introduzidos pelo Decreto-Lei n.º 89/2017, de 28 de julho, que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2014/95/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 22 de outubro de 2014, no que respeita à apresentação de uma Demonstração Não Financeira, nos termos do artigo 66.º-B do Código das Sociedades Comerciais.

### BREVE DESCRIÇÃO DO MODELO EMPRESARIAL DA EMPRESA

- Modelo de Governo: ver capítulo V. Órgãos Sociais e Comissões do RGS 2024;
- Políticas da Empresa: ver capítulo II. Missão, Objetivos e Políticas do RGS 2024.

**QUESTÕES AMBIENTAIS** (ver alínea b) do ponto 3. do capítulo IX. Análise de Sustentabilidade da Empresa nos Domínios Económico, Social e Ambiental, do RGS 2024)

As atividades em saúde, cuja finalidade última é prestar um serviço público à comunidade para proteger e cuidar da saúde dos cidadãos, é também em si mesma um motor de desenvolvimento local, que promove o crescimento económico na sua área de influência. No entanto, também representa um custo ambiental importante devido à quantidade de recursos necessários (energéticos, água, recursos naturais) e aos efeitos derivados da sua utilização (contaminação atmosférica, contaminação do solo e da água, por exemplo).

Neste sentido, a ULS RL é uma instituição de saúde comprometida com a sociedade e com o desenvolvimento sustentável, focada no desempenho energético e ambiental, controlando os impactos da sua atividade no meio ambiente.

De acordo com o definido no Manual de Boas Práticas Ambientais, aprovado por deliberação do Conselho de Administração de 2013.06.06, e revisto a 2022.07.13, em 2024 a ULS RL continuou a desenvolver atividades de forma a incentivar e fomentar a adoção de boas práticas ambientais, de modo a: reduzir da produção de resíduos hospitalares (líquidos e sólidos); promover as práticas corretas de triagem de resíduos; promover a utilização racional de substâncias químicas perigosas (reagentes de laboratório, desinfetantes, e outros); promover a utilização racionalização água, energia elétrica e combustíveis.



No entanto, as prossecuções destes objetivos só são possíveis, se cada um assumir uma atitude responsável perante o Ambiente. Assim, os pequenos gestos não são mais do que uma responsabilidade social, e podem, cumulativamente, levar a resultados frutíferos.

Destaca-se as principais ações implementadas:

- Sistema de *Printing*, com o objetivo reduzir o consumo de energia elétrica, número de impressões e cópias e o consumo de papel;
- Nomeação dos “Elos da Sustentabilidade Ambiental”, em cada um dos serviços da ULS RL, com o objetivo de promover as boas práticas ambientais, dinamizar e monitorizar a “Campanha de Sustentabilidade do Ministério da Saúde”, de participar nas auditorias internas sobre a temática “Triagem de Resíduos” e de identificar as principais dificuldades e estratégias a adotar na área do ambiente.
- Participação no projeto europeu Hospital SUDOE 4.0, Gestão Inteligente de energia em edifícios hospitalares, mantendo a monitorização dos consumos de água e energia elétrica e gás natural e o estudo da qualidade do ar interior;
- Realização das auditorias energéticas e hídrica ao HSA, HDP e HABLO, com identificação das medidas a implementar de forma a aumentar a eficiência energética das unidades hospitalares, com emissão do respetivo certificado energético.
- Considerando o cenário de crise energética na União Europeia, bem como a situação crítica de seca em Portugal, em alinhamento com as diretivas da União Europeia para redução dos consumos energéticos, foram delineadas um conjunto de medidas transversais com vista à redução dos consumos e custos com as energias e com a água nas unidades que compõem a ULS RL.
- Aprovação das candidaturas ao Plano de Resolução e Resiliência do Fundo Ambiental, Eficiência Energética em Edifícios da Administração Pública Central, com o intuito de obter financiamento para a implementação das diversas medidas identificadas em sede de auditoria energética e hídrica.
- Desenvolvimento de projetos para implementação de um Sistema Solar Fotovoltaico e de um Sistema Solar Térmico no HSA, HDP e HABLO.
- Desenvolvimento de projeto para a substituição do sistema de Gestão Técnica Centralizada do HSA.
- Na área dos resíduos, promoveu-se a triagem, acondicionamento e encaminhamento para destino final das várias tipologias de resíduos produzidos:
  - Resíduos hospitalares equiparados urbanos (grupo I e II);

- Resíduos hospitalares perigosos (grupo III e IV);
- Resíduos valorizáveis (papel e cartão, plásticos e vidro);
- Resíduos líquidos / sólidos perigosos (nas áreas laboratoriais), nomeadamente, xilol, formol, parafina, álcoois e corantes;
- Resíduos de fluxo especial:
  - Lâmpadas fluorescentes;
  - *Toners* e tinteiros;
  - Monstros e monos;
  - Pilhas, acumuladores, baterias;
  - Óleos usados;
  - Equipamentos elétricos e eletrónicos;
  - Amalgamas dentárias (resíduos com mercúrio).
- Realização de auditoria interna, no âmbito da triagem dos resíduos.
- Tendo por base a política dos 3R's são adotadas medidas para a correta gestão de *stock*, de forma a reduzir a produção de resíduos na fonte;
- Ao nível da higiene e limpeza, mantém-se uma política que visa garantir que os produtos de higienização são usados nas quantidades apropriadas, pelo que são disponibilizados produtos em embalagens com doseadores e sensores bem como instalados sabonetes "espuma". Desta forma, garante-se que não existe desperdício e reduz-se o impacto ambiental deste tipo de resíduos.

No âmbito da informatização do processo clínico eletrónico, foram consolidadas medidas implementadas em anos anteriores, com conseqüente redução da circulação e consumo de papel, *toners* e tinteiros, e outros produtos, dentro do Centro Hospitalar, minimizando o risco e o impacto ambiental, contribuindo para aumentar a segurança dos doentes, designadamente:

- Consolidação da implementação da receita sem papel;
- Utilização de envelopes reutilizáveis na correspondência interna;
- Utilização da plataforma eletrónica de compras públicas (os documentos são disponibilizados aos elementos do júri em suporte digital, substituindo assim o seu envio em suporte de papel).

A ULS RL tem, ainda, como política a aquisição de produtos e equipamentos "amigos do ambiente", ou seja:

- Produtos de limpeza biodegradáveis;



- Papel 100% reciclado e isento de *Elementary Chlorine Free* (ECF);
- Toalhetes e guardanapos de papel reciclado;
- Papel higiénico reciclado;
- Sacos plásticos em Polietileno de Baixa Densidade (PEBD);
- Equipamentos energeticamente eficientes.

**QUESTÕES SOCIAIS** (ver alínea a) do ponto 3. do capítulo IX. Análise de Sustentabilidade da Empresa nos Domínios Económico, Social e Ambiental, do RGS 2024)

A ULS RL dispõe de um conjunto de estruturas que se regem pelo princípio da responsabilidade social e que têm contribuído para o bom desempenho que se tem registado nesse âmbito:

- O Serviço Social, que tem como missão prestar apoio aos cidadãos – utentes e/ou seus familiares - em situação de crise, promovendo a mudança social, a resolução de problemas no contexto das relações humanas e a capacidade e empenhamento dos mesmos no seu bem-estar;
- O Gabinete do Cidadão, que é um instrumento de gestão dos serviços e um meio de defesa dos utentes, e tem como missão recolher, tratar e encaminhar as reclamações, sugestões, louvores e agradecimentos dos cidadãos;
- A Comissão de Humanização atua essencialmente na humanização dos cuidados prestados aos doentes e na promoção do clima organizacional e promoção do bem-estar dos colaboradores, dinamizando e apoiando iniciativas com diversos objetivos, nomeadamente, promoção da comunicação positiva e implementação do salário emocional, conciliação da vida pessoal/familiar com a vida profissional, formação, melhoria da satisfação do doente, humanização dos cuidados e promoção de estilos de vida saudáveis.
- O Gabinete de Comunicação, Relações Públicas e Imagem, que para além de promover os contactos e o relacionamento da ULS RL com os seus públicos externos, como utentes, comunidade, parceiros, órgãos de comunicação social, outros hospitais, etc., procura, através do desenvolvimento de um conjunto de iniciativas, contribuir para o bem-estar dos colaboradores e o seu envolvimento e participação, bem como dinamizar e promover a cooperação e comunicação internas, entre colaboradores e outros profissionais ligados à instituição.

**QUESTÕES RELATIVAS AOS TRABALHADORES, À IGUALDADE ENTRE MULHERES E HOMENS, À NÃO DISCRIMINAÇÃO E AO RESPEITO DOS DIREITOS HUMANOS** (ver alínea c) do ponto 3. do capítulo IX. Análise de Sustentabilidade da Empresa nos Domínios Económico, Social e Ambiental, do RGS 2024)

A ULS RL tem promovido a igualdade dos sexos, tanto na contratação dos recursos humanos como nas políticas remuneratórias, evitando de forma perentória qualquer forma de discriminação.

Em termos de diferenciação salarial entre homens e mulheres, considerando que as tabelas salariais aplicadas aos profissionais da ULS RL, quer em contrato de trabalho em funções públicas (CTFP), quer em contrato individual de trabalho, são iguais, as diferenças que se possam encontrar respeitam à categoria profissional de cada trabalhador dentro do grupo profissional, à posição remuneratória, à progressão na carreira e ao regime de trabalho que detêm, pelo que não existe qualquer diferenciação da remuneração em função do sexo.

#### **QUESTÕES RELATIVAS AO COMBATE À CORRUPÇÃO E ÀS TENTATIVAS DE SUBORNO**

Ver pontos A. e B. do capítulo VI. Organização Interna do RGS 2024.

#### **INDICADORES-CHAVE DE DESEMPENHO RELEVANTES PARA A SUA ATIVIDADE ESPECÍFICA**

O Contrato-Programa celebrado com a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde e a Administração Regional de Saúde do Centro para um período de três anos, e que é revisto anualmente através de Acordos Modificativos, estabelece o plano de prestação de serviços e de cuidados de saúde e as contrapartidas financeiras que lhe estão associadas e os incentivos institucionais que estão dependentes do cumprimento de metas estipuladas para um conjunto de objetivos, destinados a melhorar o desempenho assistencial e de eficiência.

No âmbito do Contrato-Programa é atribuído um incentivo institucional que pode representar até 7% do valor total do mesmo e que está associado ao cumprimento de objetivos de acesso, qualidade assistencial, económico-financeiro e integração de cuidados, em áreas de atividade consideradas prioritárias, de acordo com o Índice de Desempenho Global (IDG) apurado.

A par dos indicadores que compõem o IDG (e que se consideram indicadores-chave de desempenho da atividade desenvolvida) que poderão contribuir para a majoração do valor total do contrato-programa consoante o resultado alcançado existe ainda a aplicação de penalidades sempre que se verifique o incumprimento da produção hospitalar contratualizada.

### **C. APROVAÇÃO PELA TUTELA**

As contas relativas aos anos 2019 a 2023 aguardam despacho de aprovação da Tutela.

O Tribunal de Contas, em sessão da 2.ª Secção, de 27-02-2025, deliberou a homologação da verificação interna da conta n.º 1397/2022 do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (exercício de 2022).

## D. OUTROS ANEXOS

### ANEXO 1 – ELEMENTOS CURRICULARES DOS MEMBROS DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Elementos curriculares dos membros do Conselho de Administração nomeados pelo Despacho n.º 523/2024, de 18 de janeiro, com efeitos a 1 de janeiro de 2024:

#### *Licínio Oliveira de Carvalho*

Registo académico:

- Diploma em Administração Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública, em 1989/1991 (quinze valores);
- Licenciatura em Direito pela Universidade de Coimbra em 1984/1989 (catorze valores);
- Aprovação na parte escolar do Curso de Mestrado em Ciências Jurídico-Políticas, na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, nas cadeiras de Direito Administrativo e de Direito Constitucional.

Registo Profissional:

- Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Leiria, E. P. E. desde 2019;
- Vogal Executivo do Centro Hospitalar Leiria, E. P. E. – 2014/2019;
- Vogal Executivo do Centro Hospitalar Leiria-Pombal, E. P. E. - 2011/2014;
- Vogal Executivo do Hospital de Santo André, E. P. E., 2005/2011;
- Vogal Executivo do Hospital de Santo André, S. A., 2002/2005;
- Administrador Delegado do Hospital de Santo André - Leiria, 2001/2002;
- Administrador Delegado do Hospital Distrital de Pombal, 1995/2001;
- Administrador Delegado do Hospital Distrital de Lagos, 1994/1995;
- Assessor do Presidente do CA da ARS do Algarve, 1994/1995;
- Administrador Hospitalar do Hospital Distrital de Leiria, 1991/1994;
- Docente do Ensino Superior da Universidade Lusófona, 1992/2002;
- Docente do Ensino Superior da Coimbra *Bussiness School* do Instituto Politécnico de Coimbra, desde 2020;

Estudos e Trabalhos Publicados:

- Realizou e publicou (em colaboração) estudos sobre temas de Saúde, para o Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde (1992/1993), e para a Secretaria de Estado da Saúde (1998/1999);

- Apresentou diversos trabalhos em congressos e *workshops* da Saúde.

Outros elementos:

- Estágio de advocacia;
- Frequentou várias ações de formação sobre temas de gestão empresarial, de saúde e na área jurídica, bem como iniciativas de natureza técnico-científica (Seminários, Congressos, Jornadas.);
- Integrou diversas Comissões e Grupos de Trabalho em diferentes áreas da Saúde;
- Diploma do II Curso de Pós-Graduação em Direito das Empresas do Instituto do Direito das Empresas e do Trabalho, da Faculdade de Direito de Coimbra (2002/2003);
- Programa Avançado em Gestão Empresarial Hospitalar promovido pelo INDEG/ISCTE (2003);
- Programa Integrado de Gestão Hospitalar promovido pela Universidade Católica Portuguesa (2010);
- Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (PADIS) promovido pela AESE *Business School* (2014);
- Membro da Comissão de Vencimentos do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH) (2010/2015) e Membro do Conselho Consultivo do SUCH (desde 2014);
- Membro do Grupo de Acompanhamento Económico e Social criado no âmbito do Gabinete Económico e Social da Região de Leiria (2020/2022);
- Vogal do Conselho Fiscal e Disciplina da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (desde 2013);
- Membro do Conselho Geral do Instituto Politécnico de Leiria (desde 2021);
- Gestor do Grupo de Trabalho para a elaboração do Plano de Negócio da ULS RL (2022/2023).

### ***Catarina Maria Gonçalves Faria***

Registo académico:

- Mestrado Integrado em Medicina — Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2005 -2010;
- Pós-Graduação em Geriatria — Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2014 - 2015;
- Pós-Graduação em Cuidados Continuados e Paliativos — Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2015 -2016;

- Pós-Graduação em Cuidados Paliativos Não -Oncológicos — Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, 2018;
- Pós-Graduação em Gestão e Administração de Unidades de Saúde — ISLA Santarém, 03/2021 -10/2021;
- Doutoranda no Programa Doutoral em Bioética — Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 09/2021 – Atual.

Registo profissional:

- Internato Formação Geral e em Medicina Interna no Centro Hospitalar de Leiria, 2011 a 2017;
- Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) Leiria, desde 2015;
- Médica Especialista em Medicina Interna, desde 2017;
- Médica coordenadora da Equipa Intra-Hospitalar Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), 01/2018 a 05/2021;
- Membro da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Leiria, desde 06/2018;
- Estágio na Unidade de Cuidados Paliativos e Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (700h) (IPO de Coimbra), 03/2020 a 08/2020;
- Estágio na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (110h) ACES Sintra — Polo Rio de Mouro -Colares, 09/2020 a 10/2020;
- Presidente da Comissão de Ética Centro Hospitalar de Leiria, desde 07/2021;
- Diretora de Serviço de Cuidados Paliativos Centro Hospitalar de Leiria, desde 05/2021;
- Membro da Comissão de Qualidade e Segurança Centro Hospitalar de Leiria, desde 08/2022;
- Assistente Convidado no Mestrado de Cuidados Paliativos Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, desde 10/2022;
- Vice -Coordenadora Projeto Leiria Compassiva — Paixão pelos seus! Centro Hospitalar de Leiria, desde 03/2023;
- Membro da Comissão de Ética Instituto Politécnico de Leiria, desde 04/2023.

Outros elementos:

- Competência em Medicina Paliativa, pela Ordem dos Médicos desde janeiro de 2021;
- Participou como palestrante e apresentou diversos trabalhos em reuniões científicas;
- Formadora em cursos na área dos Cuidados Paliativos;
- Múltiplas colaborações com instituições do ensino superior na área da Bioética e Cuidados Paliativos, incluindo arguência de teses de mestrado.

**Denise Alexandra Cunha Velho**

## Registo académico:

- 1999 — Licenciatura em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, com a classificação de 15 valores;
- 2005 — Conclusão do Internato Complementar em Medicina Geral e Familiar, com a classificação de 19 valores;
- 2009 — Pós -graduação em Epidemiologia, na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, com a classificação de 17 valores;
- 2018 — Admissão no 3.º Ciclo em Medicina, com vista a Doutoramento, na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (em curso);
- 2022 — Pós -Graduação em Gestão de Unidades de Saúde, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, com a classificação de 17 valores;
- 2023 — Membro fundador do GIL — Grupo de Investigação Litoral, do ACeS Pinhal Litoral;
- 2023 — Membro da Comissão de Peritos do Centro de Investigação do Centro Hospitalar de Leiria;
- Autora e coautora de vários artigos científicos;
- ORCID ID: [orcid.org/0000-0003-1341-1047](https://orcid.org/0000-0003-1341-1047);
- Identificador CiênciaVitae 531E -DBEE -6132.

## Registo profissional:

- Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, com o grau de Consultor, na Unidade de Saúde Familiar Santiago, ACeS Pinhal Litoral, desde 2007;
- Elemento do Júri Nacional da Prova Teórica do Exame Final de Especialidade de MGF desde 2022;
- Colaboradora do Gabinete da Prova Nacional de Acesso desde 2021;
- Diretora do Internato de MGF de abril de 2020 a dezembro de 2022;
- Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Pinhal Litoral, de junho de 2020 a dezembro de 2021;
- Elemento médico do Conselho Técnico da USF Santiago de 2007 a 2014;
- Orientadora da Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar desde 2008;
- Colaboradora da ERA Centro (Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento das USF) de 2010 a 2013;

- Inscrita no Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar, desde 2005, e membro da sua Direção de 2009 a 2014;
- Membro da Delegação Distrital de Coimbra da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) de 2003 a 2007;
- Membro dos Órgãos Sociais, Conselho Fiscal, da APMGF, de 2009 a 2014;
- Vogal da Direção Nacional da APMGF (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar) desde 2021;
- Inscrita na Federação Nacional dos Médicos — Zona Centro;
- Membro da Direção da ADSO (Associação Nacional de Docentes e Orientadores de MGF) desde 2010;
- Membro do EURACT (*European Academy of Teachers in General Practice/family Medicine*) desde 2008 e Representante Eleita de Portugal desde 2013;
- Organizadora e Formadora de Cursos EURACT, nacionais e internacionais, desde 2008;
- Diretora do *Member Services Committee* (MSC) do EURACT de 2013 a 2018;
- Secretária da Direção do EURACT de 2019 a 2023;
- Vogal da Direção da USF-AN (Associação Nacional das USF) de 2015 a 2021;
- Vice-Presidente da Assembleia Geral da USF -AN desde 2022;
- Diretora/Editora -chefe da Revista ADSO de 2018 a 2020.

### **Marco Alexandre Santos das Neves**

Registo académico e profissional:

- 2019 — Pós -Graduação em Administração e Gestão da Saúde, Instituto Superior de Gestão e Administração de Leiria.
- 2014 — Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria.
- 2012 — Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria.
- 2007 — Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria.
- 2003 — Pós -Graduação em Segurança e Higiene no Trabalho, ISLA — Instituto Superior de Leiria.
- 1996 — Bacharelato em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem Dr. Lopes Dias.
- De 27 de outubro de 2022 até à presente data — Diretor Executivo do ACES Pinhal Litoral

- De 10 de setembro de 2022 a 26 de outubro de 2022 — Enfermeiro na UCC Dr. Arnaldo Sampaio, ACES Pinhal Litoral.
- Desde setembro de 2018 — Professor Assistente Convidado, Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria.
- De 18 de abril de 2022 a 09 de setembro de 2022 — Técnico Especialista do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, do Ministério da Saúde do XXIII Governo Constitucional.
- De 07 de fevereiro de 2013 a 17 de abril de 2022 — Vogal do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Pinhal Litoral.
- De 01 de junho de 2004 a 17 de abril de 2022 — Enfermeiro no ACES Pinhal Litoral
- Desde o ano letivo 2010/2011 até ao ano letivo 2017/2018 — Professor convidado no ISLA — Instituto Superior de Leiria.
- De 03 de março de 2006 a 31 de dezembro de 2011 — Membro da Direção da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Fátima -Ourém.
- De 03 de novembro de 1997 a 31 de maio de 2004 — Enfermeiro no Hospital Santo André, Leiria.
- De 10 de maio de 1996 a 02 de novembro de 1997 — Enfermeiro no Hospital Egas Moniz.
- Integrou ainda vários grupos de trabalho na sua área científica, incluindo grupos de trabalho na área da qualidade.
- Participou como formador, moderador e organizador em múltiplas formações.
- Exerceu funções de avaliador e de membro do Conselho Coordenador da Avaliação nos processos de avaliação de desempenho assim como membro de múltiplos júris de avaliação do período experimental.
- Integrou ainda júris de concursos na sua área profissional.
- Durante o período pandémico, o seu desempenho destacou -se pelas atividades desenvolvidas na criação, instalação, organização e desenvolvimento de novos serviços como o atendimento em áreas dedicadas ao COVID, centros de testagem e centros de vacinação.

***Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges***

Registo académico:

- Curso Segurança do Doente: da Qualidade e Segurança à Excelência Clínica, promovido pela DGS e Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2012;

- Formação PADIS — Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde — AESE — Escola de Direção e Negócios, 2011;
- PACES DIRECT — Programa Avançado de Gestão para Diretores Executivos dos ACES, Curso, do Instituto Nacional de Administração, I. P., 2009;
- Ação de formação promovida pela *Joint Commission International*, dirigida a membros da Gestão de Topo e do Gabinete de Gestão da Qualidade, 2004;
- Pós-graduada em Administração Hospitalar, pela Escola Nacional de Saúde Pública, na Universidade Nova de Lisboa, 1996 – 1998;
- Licenciatura em Engenharia Química pela Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, 1982 -1987.

Registo profissional:

- De março de 2014 até à presente data, vogal executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria, E. P. E.;
- De dezembro 2012 até março de 2014, diretora executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte;
- De 2009 a 2012, diretora executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral I;
- De 2000 a 2009, administradora hospitalar no Hospital Santo André, E. P. E., Leiria;
- De 1998 a 2000, assessora do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde, ARS Centro, I. P.;
- De 1988 a 1996, diretora técnica de uma empresa têxtil vertical;
- De 1987 a 1988, formadora na Escola Superior de Biotecnologia, Universidade Católica do Porto.

Elementos curriculares dos membros do Conselho de Administração nomeados pelo Despacho n.º 1305/2025, de 29 de janeiro, com efeitos a 30 de dezembro de 2024:

***Manuel José Santos de Carvalho***

Data de nascimento: 12/12/1956.

Experiência profissional:

- Licenciatura em Medicina Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (1981).
- Especialista em Medicina Geral e Familiar grau de consultor (1996);
- Especialista em Medicina do Trabalho pela Faculdade de Medicina U. de Coimbra (2002);

- Médico e Coordenador de Unidade de Saúde Familiar Santiago de Leiria (01/03/2007 — atualidade).

#### Educação e formação:

- Curso de Liderança e Gestão de Equipas para Coordenadores das Unidades Funcionais do ACES Pinhal Litoral (2014);
- Workshop “Economia da Saúde de Avaliação Económica” Católica Lisbon School of Business and Economics (2013);
- Programa “Desenvolvimento de Competências para a Gestão de Unidades de Saúde Familiar” Católica Lisbon School of Business and Economics (2009);
- Pós-graduação em Medicina do Trabalho Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (2002);
- Licenciatura em Medicina Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (1981).

#### Competências de gestão e liderança:

- Coordenador USF Santiago (2007 a 2024);
- Presidente da Comissão de Qualidade e Segurança do ACES Pinhal Litoral (2013 a 2023);
- Vogal da Comissão Instaladora do novo Hospital de Leiria (1993-1995);
- Vogal Médico da Administração Regional de Saúde de Leiria (1990-1993).

#### Outras funções na área da saúde:

- Mandatário da lista da Sub-Região de Leiria da Ordem dos Médicos (2023-2025);
- Membro da Unidade Funcional de Qualidade e Segurança de Leiria (ACES Pinhal Litoral, ACES Oeste Norte e Centro Hospitalar de Leiria) (2014 a 2023);
- Delegado da lista da Sub-Região de Leiria da Ordem dos Médicos (2020-2022));
- Membro efetivo designado da Comissão Paritária SIADAP;
- Médico do ACES Pinhal Litoral (2014-2016);
- Membro da comissão organizadora das Jornadas de Clínica Geral e Medicina Familiar do distrito de Leiria (1986-2009);
- Membro eleito da Sub-Região de Leiria da Ordem dos Médicos (3 triénios);
- Membro fundador e presidente da mesa da assembleia geral do Núcleo Coordenador dos Médicos da Carreira de Clínica Geral do Distrito de Leiria (1986).

#### Atividades sociais e políticas:

- Membro eleito da Assembleia Municipal de Leiria (3 mandatos entre 1994-2013);
- Fundador e Presidente do “Círculo de Amigos” da USF Santiago (2011-2024);

- Presidente da Associação de Pais e Encarregados de Educação da Escola Secundária Francisco Rodrigues Lobo (1999-2001);
- Presidente e fundador da Associação de Pais e Encarregados de Educação do Colégio Nossa Senhora de Fátima em Leiria (1993-1998).

### ***Paulo Emanuel Pereira Lopes***

#### Educação e formação:

- Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de saúde de Coimbra, julho de 1994;
- Mestrado em Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, novembro de 2005;
- Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de saúde de Coimbra, julho de 2007;
- Título de Especialista ao abrigo do Decreto-Lei n.º 206/2009 de 31 de agosto na área 7.72.723;
- Enfermagem, Instituto Politécnico de Leiria 2014.

#### Experiência profissional e cargos desempenhados:

- 1994/1995 — Hospitais da Universidade de Coimbra;
- 1995/2024 — Hospital de Santo André — Leiria;
- 1995/1998 — Eurodial — Centro de Hemodiálise de Leiria;
- 2004/2011 — Membro dos Órgãos Sociais da Ordem dos Enfermeiros, Secção Regional do Centro - Conselho de Enfermagem Regional e Conselho Jurisdicional Regional;
- 2005/2010 — Coordenador do Grupo de Estudos em Bioética na Unidade de Cuidados Intensivos;
- 2007/2008 — Membro do Conselho Geral do Instituto Politécnico de Leiria;
- 2007 — Desempenho de Funções de Especialista;
- 2007/2022 — Professor de Ética e Deontologia Profissional — Escola Superior de Saúde de Leiria;
- 2008 — Funções Delegadas de Chefia;
- 2011/2015 — Chefia do Serviço de Medicina do Hospital Distrital de Pombal;
- 2016/2023- Chefia do Serviço de Urgência Geral do CHL;
- 2018/2020 — Vice-presidente da Comissão de Ética em Saúde do CHL;
- 2023/2024 — Chefia do Serviço de Medicina 4 A nascente — ULSRL;
- 2024 — Enfermeiro Adjunto da Direção de Enfermagem.

**Formação complementar:**

- Participação em vários congressos Jornadas e formação em serviço, quer como formando quer como formador;
- Organização de Vários encontros científicos;
- Participação em várias comissões científicas de congressos;
- Júri de vários concursos em encontros científicos; Publicação de vários artigos científicos.

***Filipa Duarte Vieira Pimenta Alves Esperança.***

Nasceu a 31 de janeiro de 1972

**Habilitações Académicas:**

- Licenciatura em Organização e Gestão de Empresas pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (1990-1995);
- *Executive Master in Management with specialization in Leadership Development*, Universidade Católica Portuguesa (2018-2019).

**Carreira Profissional:**

- De 1995-1998 — Auditora na KPMG, Porto;
- De 1998-2000 — Técnica de Supervisão Direta no Banco de Portugal, Lisboa;
- De 27/03/2000 a 08/05/2012 — Direção Financeira/Assessora da Administração na SIMLIS, S.A., Grupo Águas de Portugal, Leiria;
- De 09/05/2012 a 29/06/2015 — Administradora-Delegada na SIMLIS, S. A., Grupo Águas de Portugal, Leiria;
- De 30/06/2015 a 21/04/2023 — Vogal Executivo do Conselho de Administração nas Águas do Centro Litoral, S. A., Grupo Águas de Portugal, Coimbra;
- De 12/03/2021 a 13/03/2023 — Vogal Executivo do Conselho de Administração na SI-MARSUL, S. A., Grupo Águas de Portugal, Seixal.

**Cargos que ocupa:**

- A partir de 26/04/2023, Vogal Executivo do Conselho de Administração na Águas da Região de Aveiro, S. A., Grupo Águas de Portugal, Aveiro.

**Formações:**

- O Regime de Exercício de Funções por Titulares de Cargos Políticos e ALTOS Cargos Públicos, Instituto de Gestão e Administração Pública (2020);
- Programa em *Corporate Governance* para Alta Direção, Instituto Português de *Corporate Governance* (2022);
- Comunicação e Gestão de Crise — Programa de Media Training, Nuno Azinheiro, Comunicação (janeiro 2023);
- *Strategic Leadership Program* (novembro 2023 a março de 2024).

### ***Neusa Fernandina Sobrinho de Magalhães***

Data de nascimento: 2 de março de 1964

Habilitações académicas:

- 1988 - Licenciada em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.
- 2008 - Diploma de Estudos Avançados pela Faculdade de Direito da Universidade da Extremadura (Espanha), no âmbito do Programa de Doutoramento em Jurisprudência ordinária e Constitucional da Faculdade de Direito da Universidade da Extremadura (Espanha).
- 2024 - Pós-Graduação em Gestão e Administração de Unidades de Saúde.

Experiência profissional:

- Dezembro de 2019 até à presente data - Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional - CCDRC, Coimbra, (Portugal) - Diretora do Programa Operacional da Região Centro – Unidade Orgânica - Conhecimento, Inovação e Competitividade.
- 2009 a 2019 - Diretora Geral da NERLEI — Associação Empresarial da Região de Leiria — Coordenação executiva de todos os serviços da associação e representação externa.
- 2002 a 2009 - Vereadora da Câmara Municipal de Leiria com competência delegada nas áreas da Ação Social, Ambiente e Desenvolvimento económico.
- 1999 a 2002 - Diretora Geral da NERLEI — Associação Empresarial da Região de Leiria — Coordenação executiva de todos os serviços da associação e representação externa.
- 1997 a 2003 - Docente do curso de licenciatura em Gestão de Empresas na (ESTG) Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Leiria.
- 1997 a 1999 - Agente de Dinamização económica da CCDRLVT — Comissão de Coordenação da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

**Cargos desempenhados:**

- 2002 a 2009 - Vice-Presidente do Conselho de Administração da VALORLIS — Sistema Multimunicipal de Valorização e Tratamento de Resíduos Sólidos Urbanos;
- Presidente da Direção da UAC — Agência para a Promoção do Comércio nos Concelhos de Leiria, Batalha e Porto de Mós;
- Vice-Presidente da Direção da Incubadora D. Dinis;
- Vice-Presidente da Direção da Gestinleiria — Empresa de Promoção e Gestão de Parques Empresariais;
- Membro da Comissão Coordenadora Regional de Turismo Leiria/Fátima;
- Vice-Presidente do Conselho de administração da Plataforma Logística do Porto da Figueira da Foz;
- 2005 a 2009 - Vice-Presidente do Conselho de Administração dos SMAS - Serviços de Água e Saneamento de Leiria;
- 1991 a 1994 - Vice-Presidente da Direção da ADLEI — Associação para o Desenvolvimento de Leiria;
- Vogal de Direção do IPN — Instituto Pedro Nunes;
- Membro de Conselhos Gerais da Escola Profissional de Leiria.

## ANEXO 2 – DELEGAÇÃO DE COMPETÊNCIAS NOS MEMBROS DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Nos termos do n.º 2 do artigo 71.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, foram delegadas competências, relativamente à distribuição de responsabilidades e atribuição de poderes específicos de gestão aos membros do Conselho de Administração, nos seguintes termos, conforme aprovado por Deliberação do Conselho de Administração de 2022.10.12:

1 - Delegar os poderes de gestão e de coordenação, assim como de responsabilidades partilhadas, de serviços, órgãos de apoio ou outras estruturas, ou áreas funcionais dos administradores, nos seguintes termos:

### *1.1 - Dr. Licínio Oliveira de Carvalho, Presidente do Conselho de Administração:*

a) Planear e coordenar a atividade do Conselho de Administração e a execução das suas deliberações;

b) Exercer os poderes necessários a superintender e controlar os serviços, áreas e estruturas da ULS RL, no sentido de desenvolver a sua eficácia e assegurar o seu pleno funcionamento, sem prejuízo das competências delegadas nos vogais executivos nas matérias que lhe sejam especialmente atribuídas;

c) Representar a ULS RL em juízo e fora dele;

d) Assinar ou visar a correspondência da ULS RL de e com destino a quaisquer entidades ou organismos públicos;

e) Outorgar contratos de trabalho, de prestação de serviços, de empreitadas e de aquisição de bens relativos ao funcionamento dos serviços;

f) Áreas e estruturas:

- Desenvolvimento Estratégico e Organizacional;
- Gabinete de Comunicação, Relações Públicas e Imagem;
- Gabinete Jurídico;
- Segurança, Catástrofe e Emergência Interna;
- Serviço de Aprovisionamento;
- Serviço de Auditoria Interna;
- Serviço de Gestão Financeira;
- Serviço de Gestão de Recursos Humanos;

- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Serviço Social e Gabinete do Cidadão.

### 1.2 - Eng.<sup>a</sup> Alexandra Borges, Vogal Executiva

a) Substituição do Presidente do Conselho de Administração nas suas ausências e impedimentos conforme n.º 3, do artigo 72.º do Decreto-Lei 52/2022, de 4 de agosto, que aprova os atuais Estatutos dos Centros Hospitalares, E. P. E., revogando o Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

b) Áreas e estruturas:

- Centro de Investigação;
- Comissão da Qualidade e Segurança do Doente;
- Comissão Local de Informatização Clínica;
- Gabinete de Auditoria e Codificação Clínica;
- Gabinete de Educação e Formação Permanente;
- Inovação e Empreendedorismo;
- Serviço de Gestão de Doentes;
- Serviço de Imagiologia;
- Serviço de Planeamento e Informação para a Gestão;
- Serviço de Sistemas de Informação;
- Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP);
- Sistema Integrado de Gestão de Acesso (SIGA-SNS).

### 1.3 - Dr. Salvato Maciel de Castro Feijó, Diretor Clínico

a) Para além das competências previstas do Regulamento Interno da ULS RL, e sem prejuízo das competências próprias que lhe estão distribuídas por lei, delegar no Diretor Clínico os poderes de gestão e de coordenação das seguintes áreas e estruturas:

- Comissão de Coordenação Oncológica;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Gestão de Risco Global;
- Comissão de Normalização de Consumos e Equipamentos;
- Coordenação Hospitalar de Doação;

- Equipa de Gestão de Altas;
- Equipa de Gestão de Camas;
- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCPP);
- Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA);
- INEM/Meios de Urgência Pré-Hospitalar;
- Serviço Farmacêutico.

#### *1.4 - Enf.ª Maria Emília Silva Fernandes Fael, Enf.ª Diretora*

a) Para além das competências previstas no Regulamento Interno da ULS RL, e sem prejuízo das competências próprias que lhe estão distribuídas por lei, delegar na Enf.ª Diretora os poderes de gestão e de coordenação seguintes áreas e estruturas:

- Comissão de Humanização;
- Equipa de Gestão de Altas;
- Equipa de Gestão de Camas;
- Serviços Gerais;
- Serviços Hoteleiros;
- Serviço de Segurança e de Saúde no Trabalho.
- Unidade de Esterilização;
- Unidade de Nutrição e Dietética.

2 - Delegar, para efeitos de gestão e coordenação dos serviços e áreas referidos no n.º 1, em cada um dos administradores, as seguintes competências:

#### *2.1 - No âmbito dos Recursos Humanos:*

Tomar todas as decisões relativas à gestão corrente do pessoal necessárias ao normal funcionamento, designadamente, justificar e injustificar faltas, aprovar os planos de férias e respetivas alterações, aprovar as escalas de trabalho, autorizar o processamento de abonos, autorizar a inscrição e participação dos trabalhadores em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, cursos de formação e outras iniciativas idênticas que decorram em território nacional;

Autorizar a prestação e o respetivo processamento de trabalho extraordinário que se justifique por motivo urgente e imprevisto, sem prejuízo da necessária ratificação do Conselho de Administração, sem possibilidade de subdelegação.

*2.2 - No âmbito da autorização de despesas:*

Autorizar despesas com aquisição de bens e serviços e empreitadas de obras públicas até ao montante de (euro) 100.000,00.

3 - Delegar no administrador responsável pelo Serviço de Gestão de Recursos Humanos, as competências referidas no n.º 2.1 relativamente aos trabalhadores não abrangidos por serviços e áreas funcionais próprias dos demais administradores.

4 - Delegar no administrador responsável pelo Serviço de Aprovisionamento, a competência para autorizar despesas com aquisição de bens e serviços abrangidos por procedimentos relativos a compras centralizadas da SPMS ou outras Centrais de Compras do Estado, até ao montante de (euro) 300.000,00.

5 - Delegar no administrador responsável pelo Serviço de Gestão Financeira, a competência para autorizar o pagamento de despesas previamente autorizadas e/ou legalmente devidas, qualquer que seja o seu valor.

6 - Delegar no administrador responsável pelo SIADAP, sem a possibilidade de subdelegação, a competência para homologar as avaliações do desempenho de todos os profissionais.

7 - As competências delegadas nos números anteriores podem ser subdelegadas nos dirigentes e chefias com conhecimento ao Conselho de Administração dos respetivos termos e efeitos, sem prejuízo das exceções previstas no n.º 2 e 6.

8 - No caso de impedimento ou ausência de qualquer dos membros do Conselho de Administração as respetivas responsabilidades e competências serão assumidas por qualquer um dos restantes membros, sem prejuízo do disposto na alínea a) do ponto 1.2.

9 - Mensalmente os administradores darão conhecimento ao Conselho de Administração dos atos praticados em termos de despesa no âmbito da delegação ora deliberada que constará em ata.

10 - A presente deliberação produz efeitos à data efetiva da nomeação, ficando por este meio ratificados todos os atos entretanto praticados pelos membros do Conselho de Administração, no âmbito dos poderes ora delegados.

### **ANEXO 3 – ELEMENTOS CURRICULARES DOS MEMBROS DO CONSELHO FISCAL**

#### ***Presidente – José António da Vila Mona Batalha***

Data de nascimento: 17 de outubro de 1960.

#### **Habilitações Académicas**

Organização e Gestão de Empresas pelo Instituto Superior de Novas Profissões (1985).

#### **Qualificações Profissionais**

Revisor Oficial de Contas (1993);

Técnico Oficial de Contas/Contabilista Certificado (1985).

#### **Atividade Profissional nos últimos 5 anos**

Revisor Oficial de Contas desde 1993;

Membro da Assembleia Representativa da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas (mandato 2021/2023).

#### **Outras Atividades Profissionais relevantes**

Ex-Controlador - Relator da Comissão de Controle de Qualidade da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas. No âmbito destas funções efetuou o controlo de qualidade a ROC individuais e a SROC de pequena e grande dimensão.

Ex-Revisor – Coordenador de estágio da Comissão de Estágio da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas.

Auditor de diversos programas nacionais e comunitários.

Ex-Professor Assistente de 2º Triénio do Instituto Superior de Humanidades e Tecnologias (ISHT), Pólo da Marinha Grande, nas áreas de Contabilidade, Auditoria e Fiscalidade.

Ex-Formador do Instituto de Emprego e Formação Profissional (FORPESCAS), do Banco de Portugal, na área da Contabilidade Empresarial, da Sojornal (Jornal Expresso), nas áreas de Técnicas Administrativas e Contabilidade, e do CIDEDEC – Centro Interdisciplinar de Estudos Económicos, nas áreas da Fiscalidade e Contabilidade.

***Vogal – Telma Carreira Curado***

Data de nascimento: 16 de junho de 1977.

**Habilitações Académicas**

Economia pelo Instituto Superior de Economia e Gestão/Universidade Técnica de Lisboa (ISEG/UTL) (2000).

**Qualificações Profissionais**

Revisor Oficial de Contas (2010);

Pós-Graduação em Finanças, INDEG, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa (2009);

Pós-Graduação em Fiscalidade, IDEFE - Instituto para o Desenvolvimento e Estudos Económicos, Financeiros e Empresariais (IDEFE) do ISEG/UTL (2002).

**Atividade profissional nos últimos 5 anos**

Revisor Oficial de Contas desde 2010;

Desde 2002 – Sócia da Steam – Business Consulting, Lda.

**Outras Atividades Profissionais relevantes**

2010-2014 – Professor Convidado, ISLA;

2009-2013 - Professor Convidado, Instituto Politécnico de Tomar;

2007-2009 – Assistente 1º Triénio, Instituto Politécnico de Leiria;

2000-2013 – Assistente de Contabilidade, Universidade Lusófona.

***Vogal – Ana Paula de Jesus Harfouche***

Data de nascimento: 4 de novembro de 1964.

**Habilitações Académicas**

Gestão de Empresas pela Universidade Lusíada de Lisboa (1995);

Gestão e Administração Pública pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa (mestrado-2006);

Ciências Sociais - Especialidade de Administração Pública pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa (doutoramento-2010).

#### **Qualificações Profissionais**

Curso de Análise Estratégica, Geoeconomia e Prospetiva, Instituto de Defesa Nacional (2015/16);

PADE - Programa de Alta Direção de Empresas - AESE/ IESE – *Executive Program e Advanced Management Program* (2013/14);

*Mastering Health Care Finance - Harvard Medical International/ Université de Lausanne/ Institute of Health Economics and Management* (2008);

Revisor Oficial de Contas (2005);

*Mastering Hospitals Industrial Engineering – The University of Vermont - School of Business. Cats-Baril, PhD* (2001);

Pós-Graduação em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (1997).

#### **Atividade profissional nos últimos 5 anos**

Revisor Oficial de Contas desde 2005

Desde 2024 – Board Member – Camões Instituto da Cooperação e da Língua

2019/24 – Administradora Hospitalar – Head da Equipa Científica de Projetos de Desenvolvimento Sustentável e Head da AGENDA de SUSTENTABILIDADE e ESG da ARSLVT | Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT)

2016/18 – Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Oeste.

2008/16 - Administradora Hospitalar – Área do Activity Based Costing (ABC) – Projeto de Investigação Aplicada que englobou a conceção em todas as áreas de atividade clínica, implementação da metodologia ABC, automatização em plataforma SQL de custeio e desenvolvimento da mesma por trajetórias de doentes e de doenças - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. Publicação na Acta Médica Portuguesa do Value Health Care para o Cancro da Mama.

**Outras Atividades Profissionais relevantes**

Desde 2018 - Professora na NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas;

2010 a 2019 - Professora Auxiliar Convidada – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

***Vogal Suplente – Mário José Alveirinho Carrega***

Data de nascimento: 18 de agosto de 1966.

**Habilitações Académicas**

Organização e Gestão de Empresas pelo Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa (1990).

**Atividade profissional nos últimos 5 anos**

Desde outubro de 2013, Chefe de Divisão da Divisão de Análise e Acompanhamento incorporada na Direção de Serviços de Participações do Estado;

Desde abril de 1997 a setembro de 2013 – Técnico Superior da DGTF, tendo exercido funções na área do Sector Empresarial do Estado (SEE) – atual Direção de Serviços de Participações do Estado - consubstanciadas no acompanhamento da situação de entidades e empresas em que o Estado intervém como tutela financeira, acionista e na efetivação das operações associadas a essa intervenção

**Outras Atividades Profissionais relevantes**

03/12/1996 a 31/03/1997 - Chefe de Divisão da Divisão Administrativa e Financeira, da Direção-Geral da Administração Autárquica;

19/05/1993 a 29/11/1996 - Técnico Superior da Direção Geral do Tesouro (DGT), tendo exercido funções na Direção de Serviços Financeiros designadamente, na Divisão de Participações do Estado e na Divisão de Coordenação Orçamental e Bonificações;

14/10/1992 a 18/05/1993 - Técnico Superior da Direção-Geral de Apoio ao Tribunal de Contas, tendo exercido funções relacionadas com a Fiscalização Sucessiva às contas de gerência dos organismos e serviços dependentes do Ministério do Emprego e Segurança Social;

04/03/1992 a 13/10/1992 – Técnico Superior da DGT tendo exercido funções no Gabinete de Organização Informática;

14/09/1990 a 28/02/1992 – Auditor na Price Waterhouse, tendo exercido funções em empresas nacionais e multinacionais, de diferentes ramos de atividade, designadamente, bancário, hoteleiro, produção e comercialização de produtos farmacêuticos, avaliação de empresas, construção civil e obras públicas, construção e reparação naval e corticeiro.