

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

Relatório de Governo Societário

2023

Unidade Local
de Saúde do
Nordeste, EPE

Índice

I.	Síntese (Sumário Executivo)	3
II.	Missão, Objetivos e Políticas	5
III.	Estrutura de Capital	11
IV.	Participações Sociais e Obrigações detidas	11
V.	Órgãos Sociais e Comissões	12
A.	Modelo de Governo	12
B.	Assembleia Geral	14
C.	Administração e Supervisão	14
D.	Fiscalização	27
E.	Revisor Oficial de Contas (ROC)	33
F.	Conselho Consultivo (caso aplicável)	34
G.	Auditor Externo (caso aplicável)	35
VI.	Organização Interna	35
A.	Estatutos e Comunicações	35
B.	Controlo Interno e Prevenção de Riscos	37
C.	Regulamentos e Códigos	60
D.	Deveres Especiais de Informação	63
E.	Sítio na <i>Internet</i>	64
F.	Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral (caso aplicável)	65
VII.	Remunerações	66
A.	Competência para a Determinação	66
B.	Comissão de Fixação de Remunerações	67
C.	Estrutura das Remunerações	67
D.	Divulgação das Remunerações	68
VIII.	Transações com Partes Relacionadas e Outras	71
IX.	Análise de Sustentabilidade da Empresa nos Domínios Económico, Social e Ambiental	72
X.	Avaliação do Governo Societário	73
XI.	Anexos do RGS	74

1. Síntese (Sumário Executivo)

1. *A síntese ou sumário executivo deve permitir a fácil perceção do conteúdo do relatório e, em particular, mencionar as alterações mais significativas em matéria de Boas Práticas de Governo Societário adotadas em 2023.*

A Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. (ULSNE), entidade empresarial pública do setor da saúde, criada em 1 de junho de 2011, através do Decreto-lei n.º 67/2011, de 2 de junho, por fusão do Centro Hospitalar do Nordeste, EPE, e do ACES do Nordeste, integrando, por isso, as Unidades Hospitalares de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela e os Centros de Saúde de Alfândega da Fé, Bragança, Carrazeda de Ansiães, Freixo de Espada à Cinta, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Torre de Moncorvo, Vila Flor, Vimioso e Vinhais.

O presente relatório visa comunicar ao titular da função acionista e ao cidadão em geral, a informação atualizada e completa sobre os princípios de governo societário e práticas de bom governo adotadas, com respeito pelo princípio da transparência, da legalidade, da prevenção de conflitos de interesse e controlo do risco e melhoria e reforço contínuos dos instrumentos mais adequados à promoção da excelência num contexto particularmente específico conforme referido.

Assim, em matéria de Boas Práticas de Governo Societário enunciadas no Capítulo II do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial (RJSPE), em 2023, foram desenvolvidos todos os esforços no sentido do seu cumprimento.

Por via do Despacho n.º 9135/2023, de 6 de setembro, foi designado o novo conselho de administração para o mandato de 2023-2025, tendo efeitos a partir do dia 1 de setembro, sendo os seguintes membros:

- a) Presidente do Conselho de Administração — Carlos Alberto Vaz;
- b) Diretor clínico para a área dos cuidados de saúde hospitalares — Duarte da Silva Soares;
- c) Diretora clínica para a área dos cuidados de saúde primários — Filipa Sofia Guedes Faria;
- d) Vogal Executivo — Paulo José Castro Rogão;
- e) Vogal Executiva — Sandra Cristina Mendo Moura;
- f) Enfermeiro-Diretor — Urbano José Castilho Rodrigues.

Por outro lado, pretende-se também, através do presente relatório, dar cumprimento à obrigatoriedade de apresentação da Demonstração Não Financeira da ULSNE, nos termos do artigo 66.º-B do Código das Sociedades Comerciais, constando num dos anexos ao RGS.

2. Da tabela a incluir constará a informação seguinte:

CAPÍTULO II do RJSPE – Práticas de bom governo		sim	não
Artigo 43.º	apresentou plano de atividades e orçamento para 2023 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponíveis	x	
	obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de atividades e orçamento para 2023	x	
Artigo 44.º	divulgou informação sobre estrutura acionista, participações sociais, operações com participações sociais, garantias financeiras e assunção de dívidas ou passivos, execução dos objetivos, documentos de prestação de contas, relatórios trimestrais de execução orçamental com relatório do órgão de fiscalização, identidade e curriculum dos membros dos órgãos sociais, remunerações e outros benefícios	x	
Artigo 45.º	submeteu a informação financeira anual ao Revisor Oficial de Contas, que é responsável pela Certificação Legal das Contas da empresa	x	
Artigo 46.º	elaborou o relatório identificativo de ocorrências, ou risco de ocorrências, associado à prevenção da corrupção, de 2023	x	
Artigo 47.º	adotou um código de ética e divulgou o documento	x	
Artigo 48.º	tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada	x	
Artigo 49.º	prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiental	x	
Artigo 50.º	implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade	x	
Artigo 51.º	declarou a independência de todos os membros do órgão de administração e que os mesmos se abstêm de participar nas decisões que envolvam os seus próprios interesses	x	
Artigo 52.º	declarou que todos os membros do órgão de administração cumpriram a obrigação de comunicar as participações patrimoniais que detenham na empresa e relações suscetíveis de gerar conflitos de interesse ao órgão de administração, ao órgão de fiscalização e à Inspeção-Geral de Finanças	x	
Artigo 53.º	providenciou no sentido de que a UTAM tenha condições para que toda a informação a divulgar possa constar do sítio na <i>internet</i> da Unidade Técnica	x	
Artigo 54.º	apresentou o relatório do órgão de fiscalização em que é aferido constar do relatório anual de práticas de governo societário informação atual e completa sobre todas as matérias tratadas no Capítulo II do RJSPE (boas práticas de governação)	x	

II. Missão, Objetivos e Políticas

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

Missão

A ULS do Nordeste, EPE, tem como missão prestar assistência integrada de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população da região do Nordeste, dando uma resposta capaz às suas necessidades e expectativas, promovendo a utilização racional e eficiente de todos os recursos, numa cultura de humanização dos serviços e de motivação e desenvolvimento dos colaboradores.

Para prosseguir a sua missão, a ULS do Nordeste, EPE, desenvolve atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e a continuidade dos cuidados.

A ULS do Nordeste, EPE, desenvolve ainda atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação de resultados, e participa na formação e ensino de diversos grupos profissionais nas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.

Visão

A ULS do Nordeste, EPE, tem como visão desenvolver-se como uma organização otimizada pela integração vertical dos diferentes níveis de cuidados de saúde, em articulação com os recursos comunitários existentes, no âmbito de um processo clínico único efetivamente partilhado, colocando a pessoa (utente/doente), inserida numa família, num grupo e na comunidade, verdadeiramente no centro do sistema.

Esta visão desenvolve-se de forma articulada com os vários agentes locais, públicos ou privados, mediante protocolos, acordos e parcerias abrangendo várias áreas, nomeadamente, a prestação de cuidados de saúde, a formação e investigação ou ainda, numa lógica de complementaridade, através de protocolos de afiliação e de colaboração com outras instituições do SNS, designadamente, com o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Valores

No desenvolvimento das suas funções, os colaboradores da ULS do Nordeste, EPE, adotam os seguintes valores como vetores de orientação:

- Competência e cooperação – Visar a máxima eficiência na utilização de recursos, promover e partilhar responsabilidades em equipa e prosseguir a permanente aprendizagem e inovação, no sentido de assegurar os objetivos e sustentabilidade futura da ULS do Nordeste, EPE;
- Ética – respeitar os princípios, regulamentos e procedimentos definidos para a ULS do Nordeste, EPE, trabalhando com honestidade, profissionalismo e transparência;
- Qualidade – prosseguir a excelência dos serviços prestados à população, assentes em melhores processos, nas melhores práticas e competências, científicas e técnicas, objetivando a melhoria contínua;

- Compromisso com o Cidadão – identificar e satisfazer as necessidades de cuidados de saúde dos utentes, com correção, benevolência e humanismo, proporcionando um serviço com alto padrão de qualidade e profissionalismo;
- Humanização – estimular o contínuo crescimento profissional e pessoal, trabalhando com entusiasmo, praticando a justiça, construindo e mantendo relações de confiança, de lealdade, de tolerância e respeito pela dignidade dos utentes;
- Responsabilidade Social e Ambiental – contribuir para o desenvolvimento consciente e sustentado da sociedade, enlevando o pleno exercício da cidadania, o compromisso com a justiça social e equidade, e o respeito pelo ambiente.

Ao nível dos recursos humanos há um esforço contínuo na difusão dos valores enunciados e na valorização profissional através da implementação de um Plano Anual de formação continua.

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

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

A Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E., enquanto prestador de cuidados de saúde aos cidadãos da sua área de referência, enfrenta desafios específicos, de natureza estrutural, como os resultantes da transição demográfica e da evolução epidemiológica, de natureza conjuntural. Tudo isto resulta num aumento das necessidades em saúde e da procura por parte dos cidadãos a que tem de ser dada resposta, através do incremento adequado dos níveis de acesso e de atividade assistencial, o que, num contexto de recursos escassos e de melhoria continua, exige um grande rigor na utilização e gestão dos recursos disponíveis.

Esta resposta em cuidados de saúde aos cidadãos tem subjacente uma contratualização baseada no Contrato-Programa trienal, por sua vez, traduzido, anualmente, num Acordo Modificativo elaborado de acordo com as instruções vertidas no Manual “Termos de referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2023”.

O referido processo de contratualização de cuidados de saúde incentiva a melhoria global do desempenho e da gestão dos recursos disponíveis no sector da saúde, visando garantir elevados níveis de acesso ao SNS, com qualidade e eficiência dos cuidados prestados à população, contribuindo assim para assegurar a sustentabilidade deste serviço público.

Ao abrigo do Despacho SES, datado de 27 de outubro de 2022, foram lançadas as orientações para a elaboração dos instrumentos previsionais de gestão para o sector empresarial do estado, em particular na área da saúde, tendo por base o artigo 25.º do Decreto-lei n.º 32/2022, de 9 de maio, na sua redação atual e do Despacho n.º 12167/2022, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 201, de 18 de outubro.

Seguindo os anos anteriores, as medidas a implementar concentram-se, fundamentalmente, em 5 grandes eixos de atuação:



- Articulação e Integração de Cuidados;
- SNS de proximidade às populações e acesso ao SNS;
- Governação Clínica e Qualidade assistencial;
- Aproximação dos serviços de Saúde Mental da população;
- Sustentabilidade e Eficiência.

Assentando nas principais linhas orientadoras da tutela, dando continuidade às medidas que vem sendo implementadas ao longo dos anos e ainda mantendo o enfoque nas linhas estratégicas referidas, as principais medidas e atuações, em termos gerais, são:

- Incentivar a cultura de prestação de cuidados, em equipa multidisciplinar e multiprofissional, de forma articulada e integrada, centrada no utente, no seu percurso no SNS e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados;
- Reduzir os cuidados hospitalares evitáveis promovendo uma maior articulação com os Cuidados de Saúde Primários, através do incentivo ao uso de novas tecnologias;
- Reforçar a articulação através da referenciação institucional, alcançando assim os verdadeiros ganhos em eficiência que uma ULS pode trazer;
- Alargar as respostas na área dos cuidados paliativos, articuladas e integradas entre os cuidados hospitalares e os cuidados primários;
- Incentivar a transferência, sempre que indicado, de consultas subsequentes nas doenças crónicas para os cuidados de saúde primários;
- Cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta garantidas (TMRG);
- Reforçar a descentralização das consultas hospitalares para os Centros de Saúde;
- Aumentar a aposta na área da hospitalização domiciliária e/ou referenciação para as ECCI;
- Criação de mais uma ECCI garantindo assim melhor cobertura da população abrangida;
- Melhoramento das áreas de internamento e de atendimento em ambulatório para otimização da resposta à procura tendo em conta elevados padrões de qualidade e segurança;
- Ajustamento dos Recursos Humanos às necessidades, nomeadamente, para colmatar a escassez de médicos, substituição de aposentações e o decréscimo verificado na última década em alguns grupos profissionais;
- Aumentar as equipas de cuidados domiciliários;
- Melhorar e modernizar os sistemas de informação, assegurando melhor resposta na prestação de cuidados e a desmaterialização do processo clínicos e administrativos;
- Promover e privilegiar os cuidados prestados em ambulatório, incentivando a transferência de cuidados do internamento para ambulatório;
- Melhorar a eficácia e eficiência da resposta em situação de urgência e emergência, investindo num Pré-Hospitalar e articulando as 4 urgências da ULSNE;
- Incrementar a referenciação para o Hospital de Dia pelas várias especialidades;

- Fomentar a rentabilização dos equipamentos e dos recursos humanos disponíveis, internalizando, sempre que possível, os exames de diagnóstico e terapêutica e captando, pelo SIGIC, inscitos para cirurgia de outras instituições;
- Atenção permanente à política de utilização racional do medicamento e continuar a fomentar a utilização de genéricos e biossimilares;
- Mais e melhor contratualização interna, de forma participativa, responsabilizadora e comprometedora;
- Gestão transparente, racional e eficiente dos recursos disponíveis, visando o aumento de produtividade e a sustentabilidade económico-financeira da ULSNE e do SNS;
- Articulação e Gestão Partilhada de Recursos no SNS (GPR_SNS) entre as entidades pertencentes ao SNS, visando a obtenção de sinergias e aumento da produtividade global das instituições do SNS.

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

No que concerne ao desempenho do IDG da ULSNE, até ao momento, apenas é conhecido o valor do IDG da área dos CSP, única área com os resultados apurados em todos os indicadores. No que diz respeito às restantes áreas, os valores finais estão dependentes de alguns indicadores ainda não encerrados e divulgados por parte da ACSS.

Para o ano de 2023 prevê-se que haja uma ligeira melhoria do desempenho da ULSNE em relação ao período homologado, fruto das várias medidas adotadas tanto nos CSP como nos CSH onde se procura definir as melhores estratégias para a melhoria dos desempenhos.

O acompanhamento das várias unidades funcionais é feito mensalmente, através de monitorizações, o acesso também é acompanhado e monitorizado através da evolução das listas de espera e os TMRG.

ÍNDICE DE DESEMPENHO GLOBAL	Peso	Realizado 2022	Objetivo 2023	Índice de desempenho 2023	Grau de Cumprim ento
1. Cuidados de Saúde Primários	40%	65,9	67,4	68,4	102%
2. Cuidados de Saúde Hospitalares	60%		60,0		
Acesso	21%	13,3	21,0	15,4*	73%
Desempenho Assistencial	9%	7,9	9,0	8,5*	94%
Desempenho Económico-Financeiro	10%	9,4	10,0	5,6*	56%
Resultados Internamentos, consultas hospitalares e urgência evitáveis	20%	9,1	20,0	12,4*	62%
Índice de Desempenho Global		79,6	100,0	82,7*	83%

Fonte BICSP e SICA; *Resultados Provisórios

Handwritten signature and initials in blue ink.

Relativamente aos desvios identificados à data, verifica-se que na área do Acesso, o indicador onde se existe um maior desvio é a Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG). O valor publicado no SICA ainda não é o definitivo, mas de acordo com o publicado na plataforma do BI RSE-SIGA, irá haver apenas uma ligeira melhoria, mas o grau de cumprimento irá ficar aquém do contratualizado. A ULSNE tem vindo a registar algumas dificuldades para o cumprimento deste indicador, fruto essencialmente de 2 variáveis a grande procura de consulta em determinadas especialidades, nomeadamente, Medicina Física e Reabilitação, Oftalmologia e Ortopedia e a carência de recursos humanos médicos.

No que concerne à área do Desempenho Assistencial, o indicador onde o grau de cumprimento se encontra abaixo de expectável é Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório (GDH), para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis. A expectativa era de que efetivamente o aumento de cirurgias de ambulatório tivesse impacto neste indicador, mas a ambulatorização por si só, não justifica o incremento, as características da população, sendo ela envelhecida e com múltiplas patologias leva a que haja um maior número de internamentos em diversos procedimentos.

O Desempenho Económico Financeiro, tal como já foi dito anteriormente, os gastos operacionais por residente, ajustados pela utilização e Percentagem de Gastos com Trabalho Extraordinário, Suplementos e FSE(Selecionados), no Total de Gastos com Pessoal, ainda não existem valores oficiais e encerrados, sendo que não poderemos tecer ainda considerações acerca dos mesmos.

Os Resultados Internamentos, consultas hospitalares e urgência evitáveis, os dados publicados ainda são provisórios, mas espera-se que o grau de cumprimento não tenha uma variação positiva. Efetivamente no grupo de indicadores para as taxas de internamento, existe um número elevado de internamentos nas patologias crónicas identificadas.

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

O grande desafio para a ULS Nordeste, EPE, consiste em assegurar cuidados de saúde de excelência, até ao limite da sua diferenciação, no melhor quadro possível de eficiência e sustentabilidade económico-financeira, numa vasta área geográfica, com baixa densidade populacional e rendimentos médios igualmente baixos, assegurando essa prestação de cuidados em 14 centros de saúde, 3 hospitais, 4 serviços de urgência e uma unidade de doentes crónicos de psiquiatria. A acrescer ainda, o facto de 31,5% da população servida ter mais de 65 anos e apenas 9,1% ter menos de 15 anos.

Neste contexto, os principais fatores críticos positivos fortemente relacionados com resultados são:

- i. A aposta nos Cuidados de Saúde Primários como principal dinamizador dos cuidados de proximidade;
- ii. A articulação e integração de Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares;
- iii. Grau de cobertura da população com médico de família acima da média nacional;
- iv. Boas infraestruturas físicas nos cuidados de saúde primários;
- v. Possibilidade de investimentos através dos programas de financiamento comunitário;

vi. Parcerias e protocolos vários com a Comunidade, com as Estruturas Locais e com a Segurança Social.

Outros fatores críticos de que dependem os resultados da ULS Nordeste, EPE,

- i. Um modelo de financiamento por capitação não ajustado às necessidades e contextos assistenciais;
- ii. Obsolescência de equipamentos e falta de capacidade financeira para a sua substituição;
- iii. Dispersão geográfica e muito baixa densidade populacional;
- iv. Custos de contexto associados à dispersão e duplicação de infraestruturas (3 hospitais, 4 serviços de urgência, 14 centros de saúde e mais de uma dezena de extensões);
- v. Procura de novas fontes de receita, numa zona de baixo poder económico e baixos rendimentos, compatíveis com um Serviço Nacional de Saúde Universal e tendencialmente gratuito;
- vi. Elevada faixa etária dos médicos e, por isso, com redução da carga horária e da indisponibilidade para trabalho na Urgência;
- vii. Dificuldades de recrutamento e contratação de Recursos Humanos, nomeadamente, médicos;
- viii. Necessidade de uma forte aposta na segurança e qualidade dos sistemas de informação clínicos e não clínicos.

As orientações definidas pelo Ministério da Saúde, designadamente as relativas à política sectorial, às orientações do ponto vista estratégico, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível do serviço público a prestar pela ULS do Nordeste, EPE são emanadas anualmente pela ACSS, IP, através de documento específico designado por “Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS”.

A elaboração do Contrato Programa obedece a essas orientações e metodologia, com a definição dos objetivos e metas a alcançar ao nível da produção SNS, dos indicadores de qualidade assistencial, dos indicadores de acesso e do desempenho económico-financeiro.

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

De acordo com as orientações emanadas pela tutela, a ULSNE tem o Contrato Programa que é sujeito a negociação, assegurando a conformidade dos objetivos acordados e do serviço público a prestar com as orientações definidas pelo Ministério da Saúde e com as orientações reguladoras do setor. Assim, a Adenda ao Contrato Programa, depois de aprovado pela Tutela, é assinado pela ACSS, IP, pela ARS Norte e pela ULS do Nordeste, EPE.

A execução do Contrato Programa é internamente monitorizada através dos suportes de informação efetuada, no mínimo, trimestralmente, com a análise dos desvios identificados e medidas corretivas/preventivas, por norma, discutidas com a equipa de cada serviço e o Conselho de

Administração. Também, mensalmente, através de relatórios e de sistema de informação próprio, é reportada à tutela a execução do mesmo.

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 (vd. alínea a) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).*

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2023
Capital Estatutário	34.940.000€	34.940.000€	66.340.000€	67.540.000€	67.540.000€	73.940.000€	79.563.246€
Aumento/diminuição (Disp. n.º 14181-A/2013, de 1/11)	- €	- €	18.200.000€	- €	- €	- €	- €
Aumento/diminuição (Disp. n.º 1476-B/2014, de 19/12)	- €	- €	13.200.000€	- €	- €	- €	- €
Aumento/diminuição (Disp. n.º 10314-B/2015, de 16/09)	- €	- €	- €	1.200.000€	- €	- €	- €
Aumento/diminuição (Disp. n.º 1265/2017, de 29/12)	- €	- €	- €	- €	- €	6.400.000€	- €
Aumento/diminuição (Despacho Conjunto s/n.º/2023, de 22/12)	- €	- €	- €	- €	- €	- €	5.623.246€

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

Não aplicável.

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

Não existem acordos parassociais uma vez que o estado é o único acionista.

IV. Participações Sociais e Obrigações detidas

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

A Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE, e os seus órgãos sociais não possuem participações noutras entidades. Não são titulares diretos ou indiretos de participações noutras empresas ou organizações.

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

A Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE, é membro associada do SUCH – Serviço de Utilização Comum dos Hospitais.

3. *Indicação do número de ações e obrigações detidas por membros dos órgãos de administração e de fiscalização, 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, face ao descrito no ponto 1.

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

Não existem relações de natureza comercial entre os membros do Conselho de Administração e a entidade.

V. Órgãos Sociais e Comissões

A. Modelo de Governo

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

1. *Identificação do modelo de governo adotado.*

A ULS do Nordeste, EPE, adota um modelo de governo que assenta na existência dos órgãos sociais, a saber, Conselho de Administração, Conselho Fiscal, Revisor Oficial de Contas e Conselho Consultivo. A estrutura orgânica definida integra ainda Comissões de Apoio Técnico obrigatórias, órgãos com carácter consultivo, que, a pedido ou por sua iniciativa, colaboram com o Conselho de Administração.



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).*

Os estatutos das ULS, EPE, não preveem a existência de Assembleia Geral.

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

Não aplicável, face ao descrito na alínea anterior.

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.*

Os membros do Conselho de Administração são designados de entre individualidades que reúnam os requisitos previstos no Estatuto do Gestor Público e possuam preferencialmente evidência curricular ou formação de gestão em saúde, sendo o diretor clínico um médico e o enfermeiro-diretor um enfermeiro.

A designação dos membros do conselho de administração observa o disposto nos artigos 12.º e 13.º do Estatuto do Gestor Público.

O mandato dos membros do Conselho de Administração tem a duração de três anos, renovável, ao máximo de 3, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo da renúncia a que houver lugar.

O Conselho de Administração reúne semanalmente, com a presença de todos os membros ou, salvaguardando sempre, no mínimo, três presenças.

Os membros do Conselho de Administração agem de forma isenta, não intervindo nas decisões que possam envolver interesses próprios, nomeadamente na aprovação de despesas por si realizadas.

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.*

O Conselho de Administração é nomeado por Resolução do Conselho de Ministros, sob proposta da Direção Executiva do SNS, por um mandato de três anos, até ao máximo de 3 renovações consecutivas.

O conselho de administração é composto pelo presidente e um máximo de cinco vogais, que exercem funções executivas, incluindo até dois diretores clínicos e, um enfermeiro-diretor, sendo um dos vogais proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças, e outro pela Comunidade Intermunicipal da área de localização da ULSNE, E. P. E.

A composição, funcionamento, competências, mandato, estatutos dos membros, vinculação e dissolução do Conselho de Administração são regulados pelo DL nº52/2022, de 4 de agosto, pelo Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-lei nº71/2007, de 27 de março.

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

O Conselho de Administração em funções, para o triénio 2023-2025 é composto pelos seguintes membros:

Mandato (Início-Fim)	Cargo	Nome	Designação		Remuneração	
			Forma ⁽¹⁾	Data	[Empresa pagadora]	(O/D) ⁽²⁾
2017/2019 2020/2022 2023/2025	Presidente do Conselho de Administração	Carlos Alberto Vaz	Despacho n.º 9135/2023	06/09/2023	Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.	Destino
2023/2025	Vogal Executivo	Paulo José Castro Rogão	Despacho n.º 9135/2023	06/09/2023	Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.	Destino
2023/2025	Diretor Clínico dos Cuidados Saúde Hospitalares	Duarte de Silva Soares	Despacho n.º 9135/2023	06/09/2023	Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.	Destino
2023/2025	Diretora Clínica dos Cuidados Saúde Primários	Filipa Sofia Guedes Faria	Despacho n.º 9135/2023	06/09/2023	Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.	Destino
2017/2019 2020/2022 2023/2025	Enfermeiro Diretor	Urbano José Castilho Rodrigues	Despacho n.º 9135/2023	06/09/2023	Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.	Destino
2023/2025	Vogal Executiva	Sandra Cristina Mendo Moura	Despacho n.º 9135/2023	06/09/2023	Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.	Destino

Número estatutário mínimo e máximo de membros - [número mínimo] / [número máximo]

Legenda: (1) Resolução (R) / Assembleia Geral (AG) / Deliberação Unânime p Escrito (DUE) / Despacho (D)

(2) O/D – Origem / Destino

Do dia 01-01-2023 a 31-08-2023, o Conselho de Administração em gestão foi:

Mandato (Início-Fim)	Cargo	Nome	Designação		Remuneração	
			Forma ⁽¹⁾	Data	[Empresa pagadora]	(O/D) ⁽²⁾
2017/2019 2020/2022	Presidente do Conselho de Administração	Carlos Alberto Vaz	Despacho n.º 3727/2020	17/03/2020	Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.	Destino
2017/2019 2020/2022	Vogal Executiva	Aida da Conceição Domingues Paais	Despacho n.º 3727/2020	17/03/2020	Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.	Destino
2017/2019 2020/2022	Diretora Clínica Cuidados Hospitalares	Eugénia Maria Madureira Parreira	Despacho n.º 3727/2020	17/03/2020	Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.	Origem

2017/2019 2020/2022	Diretora Clínica Cuidados de Saúde Primários	Maria Manuela dos Santos	Despacho n.º 3727/2020	17/03/2020	Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E	Origem
2017/2019 2020/2022	Enfermeiro Diretor	Urbano José Castilho Rodrigues	Despacho n.º 3727/2020	17/03/2020	Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E	Destino

4. *Distinção dos membros executivos e não executivos do Conselho de Administração e, relativamente aos membros não executivos, identificação dos membros que podem ser considerados independentes¹, ou, se aplicável, identificação dos membros independentes do Conselho Geral e de Supervisão (vd. artigo 32.º do RJSPE).*

Todos os elementos do Conselho de Administração foram nomeados membros executivos.

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

Os elementos curriculares relevantes são os mencionados nos despachos de nomeação, conforme a seguir se indica:

Carlos Alberto Vaz, nascido em 14 de dezembro de 1955. Oriundo de Sambade, Alfândega da Fé, Terra de seus pais. Cresceu em Macedo de Cavaleiros. Reside em Bragança nos últimos 30 anos.

Licenciado em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, ingressa na Escola Nacional de Saúde Pública, em 1983, onde frequenta o XIV Curso de Administração Hospitalar que conclui em 1985, com classificação de BOM.

Curso "Application of Industrial Engineering Techniques to Hospital Management" ministrado pela Boston University Police Institute, de 1986 a 1987.

Frequenta vários outros cursos em Portugal.

Iniciou a sua atividade profissional no Hospital Distrital de Bragança, em 30 de julho de 1985.

Tomou posse do lugar de Administrador do quadro único de Administradores Hospitalares em 12 de dezembro de 1986.

Tomou posse do lugar de Administrador do Hospital de Macedo de Cavaleiros a 01.10.1988. É nomeado Administrador-Delegado do Conselho de Administração do Hospital Distrital de Mirandela, em 19.08.1988.

Foi nomeado por Sua Excelência o Ministro da Saúde, Presidente do Conselho de Administração do Hospital Distrital de Mirandela em 26 de fevereiro de 1990, acumulando também as funções de Administrador-Delegado.

Foi reconduzido por Sua Excelência o Ministro da Saúde Presidente do Conselho de Administração do Hospital Distrital de Mirandela em 26 de fevereiro de 1993, acumulando também as funções de Administrador-Delegado.

¹ A independência dos membros do Conselho Geral e de Supervisão e dos membros da Comissão de Auditoria afere-se nos termos da legislação vigente. Quanto aos demais membros do Conselho de Administração, considera-se independente o que não esteja associado a qualquer grupo de interesses específicos na empresa nem se encontre em alguma circunstância suscetível de afetar a sua isenção de análise ou de decisão.



Foi nomeado, em 09 de maio de 1996, Presidente do Conselho de Administração do Hospital Distrital de Bragança, acumulando as funções de Administrador-Delegado. Até 09 de dezembro de 2002.

Como a empresarialização Hospitalar e a sua transformação em sociedades anónimas, foi eleito Presidente do Conselho de Administração do Hospital de S. Gonçalo, S. A.

Foi eleito em 20 de junho de 2005, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Vila Real/Peso da Régua, S. A.

Foi nomeado, em 31 de dezembro de 2005, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Vila Real/Peso da Régua, E. P. E.

Foi nomeado em 1 de março de 2007, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E.,

Em 15 de março de 2010, é reconduzido no cargo de Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E.

Em 25.03.2013 nomeado Presidente do Conselho de Administração do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa E. P. E.

Em 26.08.2016 nomeado Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E. P. E.

Em 30.05.2017 nomeado Presidente do Conselho de Administração Unidade Local de Saúde do Nordeste, E. P. E., publicado no DR 1.ª série n.º 104, funções que mantém atualmente.

Duarte da Silva Soares, nascido a 13 de outubro de 1983, casado, residente em Bragança. Licenciado em Medicina, pela Faculdade de Medicina e Odontologia da Universidade de Santiago de Compostela, em 2009.

Ingressou no internato geral do ano comum, em 2010, na Unidade Local de Saúde do Nordeste.

Ingressou no internato complementar de Medicina Interna em 2011, concluindo o Grau de Especialista em Medicina Interna em 2016, com a classificação final de 19.2 valores.

Frequentou diversos cursos e estágios nacionais e internacionais, neste período.

Frequentou o Mestrado de Cuidados Paliativos, King's College London, de 2013 a 2015, tendo concluindo o grau com a classificação "aprovado com mérito".

Obteve o grau de Competência em Medicina Paliativa, pela Ordem dos Médicos, em 2015. Exerce funções como Assistente Hospitalar de Medicina Interna, desde 2016, na Unidade Local de Saúde do Nordeste.

Participou, como Investigador, no grupo DINAMO, uma parceria entre o King's College London e Fundação Calouste Gulbenkian, "Optimizing Home Palliative Care", entre 2013 e 2020, tendo participado na elaboração de diversas investigações e artigos científicos em Cuidados Paliativos.

Foi membro da Direção do Colégio da Competência em Medicina Paliativa, pela Ordem dos Médicos, entre 2017 e 2020.

Entre 2011 e 2020, foi docente convidado em diversas Universidades do país, entre as quais se incluem o Instituto Politécnico de Bragança, a Universidade do Minho, a Universidade do Porto e a Universidade de Lisboa, em programas de licenciatura, mestrado e doutoramento. Durante o mesmo período, foi por diversas ocasiões membro de painéis de júri de mestrado e doutoramento.

Exerce funções como Médico na Viatura Médica de Emergência e Reanimação de Bragança, Instituto Nacional de Emergência Médica, desde 2011.

Desde 2016, forma parte do Corpo de Bombeiros de Bragança, na qualidade de bombeiro especialista.

Recebeu o Prémio Saúde Sustentável, em 2016, em representação do Departamento de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde do Nordeste, com o projeto "Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos "Terra Fria".

Organizou diversos congressos nacionais e internacionais, na área dos Cuidados Paliativos. Foi Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, entre 2017 e 2020.

Foi Presidente da Direção da Delegação de Bragança da Cruz Vermelha Portuguesa, de 2020 a 2023.

Foi reconhecido com a "Cruz Vermelha de Dedicção", em maio 2021, pela Cruz Vermelha Portuguesa.

Filipa Sofia Guedes Faria, nasceu a 4 de dezembro de 1986, casada e residente em Mirandela. Licenciada em Medicina pela Faculdade de Medicina e Odontologia da Universidade de Santiago de Compostela em 2011. Realizou o internato geral do ano comum na Unidade Local de Saúde do Nordeste - Hospital de Mirandela no ano de 2013. Especializou-se em Medicina Geral e Familiar na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Mirandela 2, tendo criado o núcleo de formação dessa mesma unidade, assim como o seu manual de acolhimento. Obteve o grau de assistente em 2018, tendo até essa data realizado diversos cursos, formações e estágios nacionais. Encontra-se inscrita no Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar, sendo orientadora de formação específica em Medicina Geral e Familiar pela Coordenação de Internato de Medicina Geral e Familiar desde 2021. É pós-graduada em Geriatria pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto em 2014, com a classificação final de 18 valores.

Exerceu funções no Centro de Saúde Mirandela 1 da Unidade Local de Saúde do Nordeste, onde foi diretora e coordenadora desde agosto de 2021.

Foi membro da Task Force de Assessoria à Direção do Departamento de Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde do Nordeste desde janeiro de 2021.

Foi membro da revisão do Plano Assistencial Integrado para a Diabetes e Plano Assistencial Integrado da Saúde Materna da Unidade Local de Saúde do Nordeste em dezembro de 2022.

Foi interlocutora da Unidade Local de Saúde do Nordeste para a Promoção da Robótica e Tecnologias Inovadoras da Saúde, dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde desde maio de 2019.

Tem a certificação de competência em Viatura Médica de Emergência e Reanimação - Médicos, pelo Instituto Nacional de Emergência Médica.

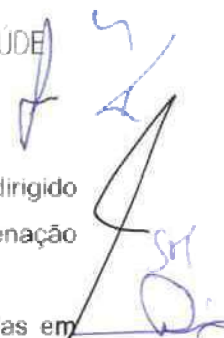
Prestadora de serviços médicos no âmbito do Sistema de Verificação das Incapacidades do Centro Distrital de Bragança da Segurança Social.

Foi médica prestadora de serviços na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Celorico de Basto (sede) e extensão de Fermil de Basto (Celorico de Basto) em 2012.

Foi médica de atendimento de urgência geral no Hospital Senhora de Oliveira - Guimarães e responsável pela formação institucional desse mesmo serviço.

Foi médica de atendimento de urgência geral na Santa Casa da Misericórdia de Fafe.

Foi palestrante no IX Congresso da Associação Portuguesa dos Licenciados em Farmácia. Organizadora do XXI Encontro de Internos de MGF da Zona Norte que se realizou em 2014 em Bragança.



Organizadora do I Curso Partilhando Saberes na Casa da Juventude de Vila Nova de Famalicão, dirigido a internos de Medicina Geral e Familiar com o apoio da Associação Pediátrica do Minho e da Coordenação do Internato Medicina Geral e Familiar da Zona Norte.

Organizadora das I Jornadas de Medicina Geral e Familiar do Nordeste Transmontano realizadas em Mirandela.

Foi membro efetivo, como deputada municipal, da Assembleia Municipal de Fafe, tendo sido em reunião de plenário eleita representante da mesma no mandato 2017-2021, no Conselho da Comunidade do Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Ave.

Paulo José Castro Rogão, casado, nascido a 18 de outubro de 1970, natural da freguesia de Bornes, concelho de Macedo de Cavaleiros, residente em Macedo de Cavaleiros.

Formação Académica:

2017 - Curso de Especialização em Administração Autárquica

1995 - Licenciatura em Direito

Formação Profissional:

Curso de Administração Pública na Administração Local

Curso de Formação Pedagógica de Formadores

Curso de Assessorias Técnicas Municipais

Participação em inúmeras ações de formação, nos seguintes temas/áreas de atuação: contratação pública; procedimento administrativo; relação jurídica de emprego público; contabilidade autárquica; contencioso administrativo; responsabilidade civil extracontratual do Estado e demais entidades públicas; sistemas de gestão da qualidade; quadro legal do Tribunal de Contas

Experiência Profissional:

2021 - Tomou posse enquanto Vereador do Município de Macedo de Cavaleiros, com os pelouros: Assuntos Jurídicos; Finanças Municipais e Património; Fomento Empresarial, Empreendedorismo e Captação de Investimento; Planeamento, Gestão Urbanística e Fiscalização Municipal; Proteção Civil, Bombeiros e Heliporto Municipal; Vias de Comunicação, Trânsito, Estacionamento e Segurança Rodoviária;

Outubro de 2017 - nomeado Diretor do Departamento de Administração Geral no Município de Macedo de Cavaleiros;

Setembro de 2013 - Técnico Superior, área de Direito no Município de Macedo de Cavaleiros

Setembro de 2004 - nomeado Diretor do Departamento de Administração Geral no Município de Carrazeda de Ansiães;

Fevereiro de 2004 - nomeado Chefe da Divisão Administrativa e Financeira no Município de Carrazeda de Ansiães

1999 a 2004 - Exercício de cargos de chefia e dirigente, concretamente, Chefe da Repartição Financeira, Chefe da Divisão Administrativa e Financeira, Chefe da Divisão de Assuntos Jurídicos e Diretor do Departamento de Administração Geral no Município de Macedo de Cavaleiros

Outras atividades:

Notário Privativo do Município de Macedo de Cavaleiros e do Município de Carrazeda de Ansiães

Desempenho do cargo de Oficial Público do Município de Macedo de Cavaleiros e do Município de Carrazeda de Ansiães

Exercício de advocacia no período compreendido entre 1995 e 1998

Integrou vários júris de concursos de recrutamento de pessoal

Integrou vários júris de concursos de contratação pública

Sandra Cristina Mendo Moura, nascida a 20 de junho de 1983 em Mogadouro, onde reside.

Licenciada em Enfermagem em julho de 2005, na Escola Superior de Saúde Jean Piaget Nordeste em Macedo de Cavaleiros.

Inscrita na ordem dos enfermeiros, desde agosto de 2005 detentora do título de enfermeira especialista em enfermagem comunitária e em enfermagem médico-cirúrgica e com as competências acrescidas em Avançada em Gestão e diferenciada em emergência extra-hospitalar. Mestre em Gestão das Organizações - Unidades de Saúde pela Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Bragança em 2012.

Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica pela Escola Superior de Saúde de Bragança em 2022.

Detentora da Formação Inicial Pedagógica de Formadores desde 2009, lecionando formação nas áreas de saúde para diversas entidades.

Enfermeira Coordenadora do Gabinete de Gestão de Qualidade da Unidade Local de Saúde do Nordeste de 2010 a 2013, sendo também Gestora do Projeto de Acreditação da Qualidade, Coordenadora Clínica da Comissão de Catástrofe, Responsável pela área de Segurança do Doente e Coordenadora do Grupo de Auditoria Clínica

Elemento do Grupo da Governação Clínica, Elemento do Núcleo de Investigação em Enfermagem, Elemento da Comissão de Humanização e Qualidade dos Serviços, Membro Consultivo do Grupo da Governação Clínica, Elemento do Grupo de Gestão do Risco na Unidade Local de Saúde do Nordeste de 2010 a 2013.

Possui o curso de Curso Suporte Imediato de Vida (SIV), ministrado pelo INEM em 2013, desempenhando funções no meio SIV Mogadouro desde dessa data, integrado no Serviço de Urgência Básica de Mogadouro.

Enfermeira responsável de turno no Serviço de Urgência Básica de Mogadouro e na Clínica de Hemodiálise de Mogadouro.

Enfermeira responsável de serviço da Urgência Básica de Mogadouro de 2013 a 2017.

Perita da Comissão de Enfermagem Extra-Hospitalar entre os anos 2018-2019.

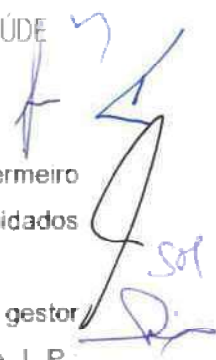
Detentora do Curso de Formação Profissional de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem ministrado pela Ordem dos Enfermeiros em 2020.

Autora de diversos artigos nacionais e internacionais, posters e comunicações orais. Autora do livro "Autocuidado com a fistula Arteriovenosa" pela Editora Novas Edições Académicas em 2022.

Atribuída a Menção Honrosa do Conselho de Administração no âmbito do Projeto de Acreditação da Qualidade em 2011.

Urbano José Castilho Rodrigues, licenciado em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde de Bragança e Mestre em Gestão das Organizações, Especialização em Gestão de Unidades de Saúde.

Especialista em Enfermagem de Reabilitação, com a categoria de Enfermeiro Gestor. Possui a competência Avançada em Gestão de Serviços de Saúde pela Ordem dos Enfermeiros. Enfermeiro Diretor desde abril de 2017, com a Coordenação técnico-científica da atividade de enfermagem da Unidade Local de Saúde do Nordeste E. P. E. zelando pela sua qualidade;



Exerceu múltiplas responsabilidades ao nível da gestão intermédia na ULSNE, E. P. E., (Enfermeiro Coordenador do Departamento de Medicina, Enfermeiro Gestor dos Serviços de Urgência, de Cuidados Intensivos, de Nefrologia e de Cirurgia).

Foi ainda Presidente do Júri dos concursos: Procedimento Concursal para a categoria de enfermeiro gestor da carreira especial de Enfermagem (44 postos de trabalho) do mapa de pessoal da ARS Norte, I. P.; Procedimento Concursal para Enfermeiro Gestor no CHEDV.; Procedimento Concursal para a categoria de enfermeiro na ULSNE; Procedimento Concursal para Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica da ULSNE e vogal efetivo do Procedimento Concursal para Enfermeiro Gestor no CHTMAD. Foi membro da Comissão de Monitorização do Plano de Contenção de Despesa, no âmbito e em cumprimento do DE 10760/2010, CHNE, da Comissão de Controlo de Infecção, do Grupo executivo de Acreditação das Unidades Hospitalares de Macedo de Cavaleiros e Mirandela, da Comissão de Catástrofe, da Comissão da Qualidade, da Comissão de elaboração do Sistema de Classificação de Doentes - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde.

É Secretário do Conselho Fiscal da Associação dos Enfermeiros Diretores de Enfermagem desde 2017.

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 empresa, assim como quaisquer relações que mantenham com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse (vd. artigo 52.º do RJSPE).*

Foi emitida, por cada um dos membros do Conselho de Administração, uma declaração sobre a não detenção de participações patrimoniais e a inexistência de quaisquer relações com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse e apresentada na IGF através de formulário eletrónico, conforme anexo 3.

A apresentação ao órgão de fiscalização (Conselho Fiscal) das referidas declarações é feita através do RGS.

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 aplicável, porque o capital social é detido a 100% pelo Estado.

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

Os Estatutos constantes do Anexo III do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, revogado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, definem as competências do Conselho de Administração no artigo 71.º e as

competências próprias do Presidente do Conselho de Administração, do Diretor Clínico e do Enfermeiro-diretor, respetivamente nos artigos 72.º, 73.º e 74.º.

Distribuição de pelouros pelos membros do Conselho de Administração:

Presidente do Conselho, Dr. Carlos Alberto Vaz:

- a) As previstas em geral no Art.º 72º, designadamente coordenação geral, acompanhamento e controlo da atividade estratégica do Conselho de Administração;
- b) Representação e relações com as entidades externas, bem como a correspondência com as demais Instituições do Ministério da Saúde, tais como Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, Secretarias de Estado da Saúde e da Promoção da Saúde, Administração Regional de Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, Direção Geral da Saúde e entidades similares;
- c) Coordenação e controlo da política de Aquisições, Aprovisionamento e Logística;
- d) Coordenação da política de Comunicação e Imagem;
- e) Definição do Planeamento Estratégico e política de Controlo de Gestão;
- f) Definição estratégica e coordenação da política de Recursos Humanos, nomeadamente as áreas de recrutamento e seleção, política remuneratória e gestão corrente da administração de pessoal;
- g) Processos de Inspeção com a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, ao nível do Inspetor-Geral;
- h) Projetos de Instalações e Equipamentos e de Requalificação Técnica, que pela sua importância ou valor sejam considerados estratégicos para a ULS do Nordeste;
- i) Coordenação dos Planos de Emergência e de Gestão de Risco;
- j) Coordenação do Gabinete de Saúde Ocupacional.

Vogal, Dr. Paulo Rogão:

- a) Substituição do Presidente do Conselho de Administração, nas suas ausências e impedimentos;
- b) Coordenação e controlo da área de Contabilidade e Gestão Financeira;
- c) Coordenação e controlo da área de Gestão de Utentes;
- d) Coordenação e controlo da atividade do Gabinete de Apoio ao Cidadão;
- e) Coordenação da área Jurídica e de Contencioso, em articulação com o Presidente do Conselho de Administração;
- f) Coordenação e controlo das áreas de Apoio Geral e Gestão de Transportes;
- g) Coordenação e controlo da área de Informática e Comunicações.

Vogal, Enf.ª Sandra Moura:

- a) Articulação com a Comunidade Intermunicipal;
- b) Coordenação da política de Desenvolvimento e Formação;
- c) Programação e coordenação da política de Apoio Social;
- d) Definição e programação da Gestão da Qualidade, Processos de Acreditação e Certificação.

Diretores Clínicos, Dr. Duarte Soares e Dr.ª Filipa Faria:

As definidas no artigo 73.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto.



Enfermeiro Diretor, Enf.º Urbano Rodrigues:

As definidas no artigo 74.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto.

Para além das competências referidas, aos membros das Direções Clínicas e de Enfermagem poderão ainda vir a serem-lhe atribuídas outras, mediante Ordem de Serviço a emitir pelo Conselho de Administração.

REPORTE DE ÓRGÃOS

De acordo com os pelouros atribuídos, fazer reportar aos Vogais do Conselho de Administração abaixo indicados as seguintes áreas de atividade:

Presidente do Conselho, Dr. Carlos Alberto Vaz:

Recursos Humanos; Auditoria Interna; Apoio ao Conselho; Gabinete de Planeamento e Controlo; Comunicação e Imagem; Compras e Logística; Instalações e Equipamentos; Planos de Emergência e de Gestão de Risco; Saúde Ocupacional.

Vogal, Dr. Paulo Rogão:

Apoio ao Cidadão; Contabilidade e Gestão Financeira; Gestão de Utentes; Apoio Geral e Transportes; Informática e Comunicações; Gabinete Jurídico e Contencioso.

Vogal, Enf.ª Sandra Moura:

Apoio Social; Formação e Desenvolvimento e Qualidade, esta em articulação com ambas as Direções Clínicas (dos Cuidados de Saúde Primários e dos Cuidados Hospitalares).

Direção Clínica da Área dos Cuidados Hospitalares, Dr. Duarte Soares:

Departamento de Cirurgia; Departamento de Medicina; Departamento da Mulher e da Criança; Departamento de Saúde Mental; Departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica; Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos; Departamento de Cuidados Continuados e Paliativos; Serviços Farmacêuticos; Internato Médico (Cuidados Hospitalares); Serviço de Nutrição e Dietética; Consulta Externa e Hospital de Dia e Codificação Clínica.

Direção Clínica da Área dos Cuidados de Saúde Primários, Dr.ª Filipa Faria:

Departamento de Cuidados de Saúde Primários; Internato Médico (Cuidados de Saúde Primários) e Unidade de Saúde Pública.

Direção de Enfermagem, Enf.º Urbano Rodrigues:

Coordenação de toda a atividade de Enfermagem; Serviço de Esterilização; Equipa de Gestão de Altas e coordenação dos Assistentes Operacionais.

9. *Caracterização do funcionamento do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo², indicando designadamente:*

a) Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas³;

O Conselho de Administração reúne semanalmente com a presença de todos os membros ou salvaguardando sempre no mínimo três presenças. Reúne ainda sempre que convocado pelo Presidente ou por solicitação de dois dos seus membros ou do órgão de fiscalização.

Em 2023 foram realizadas 50 reuniões, de janeiro a agosto 2023 realizaram-se 33 e de setembro a dezembro 2023, 17 reuniões. Sendo assim, o grau de assiduidade de cada um dos membros às reuniões foi o seguinte: De janeiro a agosto de 2023:

Cargo	Nome	Assiduidade (%)
Presidente Conselho Administração	Carlos Alberto Vaz	100%
Vogal Executivo	Aida da Conceição Domingues Palas	91%
Diretor Clínico Cuidados Hospitalares	Eugénia Maria Madureira Parreira	85%
Diretora Clínica Cuidados Primários	Maria Manuela dos Santos	76%
Enfermeiro Diretor	Urbano José Castilho Rodrigues	85%

De setembro a dezembro 2023:

Cargo	Nome	Assiduidade (%)
Presidente Conselho Administração	Carlos Alberto Vaz	100%
Vogal Executivo	Paulo Rogão	100%
Diretor Clínico Cuidados Hospitalares	Duarte Soares	94%
Diretora Clínica Cuidados Primários	Filipa Sofia Guedes Faria	88%
Enfermeiro Diretor	Urbano José Castilho Rodrigues	82%
Vogal Executiva	Sandra Moura	100%

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

Membro do Órgão de Administração	Acumulação de Funções		
	Empresa	Função	Regime

² Deve ser ajustado ao modelo de governo adotado.

³ A informação poderá ser apresentada sob a forma de quadro.

Carlos Alberto Vaz	Estabelecimento de Ensino Superior	Docência	Público
Duarte Soares	Estabelecimento de Ensino Superior ULSNE	Docência Assistência médica	Público
Filipa Faria	Estabelecimento de Ensino Superior ULSNE	Docência Assistência médica	Público
Sandra Moura	ULSNE INEM	Assistência enfermagem	Público

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

Nos termos da legislação em vigor, a avaliação do desempenho das funções de gestão compete aos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e pela área da saúde, nos termos do n.º 2 do artigo 6.º do Estatuto do Gestor Público (Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro).

De acordo com o n.º 1 do artigo 6.º do mesmo diploma, o desempenho das funções de gestão deve ser objeto de avaliação sistemática, tendo por parâmetros os objetivos fixados nas orientações estratégicas e setoriais (artigo 24.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro) e ainda os objetivos definidos no contrato-programa.

d) *Comissões⁴ existentes no órgão de administração ou supervisão, se aplicável. Identificação das comissões, composição de cada uma delas assim como as suas competências e síntese das atividades desenvolvidas no exercício dessas competências.*

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

Na ULS do Nordeste estão designadas as seguintes comissões:

- i. Comissão de Ética
- ii. Comissão de Qualidade e Segurança do Doente;
- iii. Comissão de Prevenção e Controlo de Infecções e das Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA);
- iv. Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- v. Comissão Informatização Clínica;
- vi. Conselho Clínico e de Saúde;
- vii. Comissão do Internato Médico;
- viii. Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco;
- ix. Núcleo Local de Resposta de Saúde Mental a Acidentes Graves ou Catástrofes;
- x. Comissão para a Humanização dos Cuidados de Saúde.

⁴ Que incluam ou tenham a participação de elementos do órgão de administração ou supervisão.

O Conselho de Administração, por sua iniciativa ou sob proposta, pode constituir outras comissões de apoio técnico que, nos termos da lei, da atividade da ULS do Nordeste e da legis artis se justifiquem, competindo-lhe também a dissolução das mesmas.

Compete ao Conselho de Administração da ULS do Nordeste, EPE, sob proposta da direção clínica ou vogal do Conselho de Administração, a designação do presidente e dos restantes membros das comissões de apoio técnico.

Os membros das comissões são designados por um período igual à duração do mandato do conselho de administração, podendo, no entanto, ser substituídos sempre que julgado necessário pelo conselho de administração.

As comissões referidas não integram membros do Conselho de Administração, excetuando as seguintes, para as quais se indicam a composição e competências:

- Comissão de Qualidade e Segurança do Doente;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica.

COMISSÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA

A Comissão da Qualidade e Segurança (CQS), criada através do Despacho n.º 3635/2013, de 7 de março, tem por missão assegurar que as recomendações, orientações e normas técnicas, elaboradas no âmbito da melhoria contínua da qualidade e emitidas pela Direção-Geral da Saúde sejam disseminadas e cumpridas pelos profissionais nas suas práticas diárias. Desenvolve a sua atividade com base no Plano de Atividades, elaborado de acordo às prioridades e eixos definidos pela DGS para as CQS.

A CQS é constituída pelos seguintes elementos:

- Diretor Clínico, que preside – Duarte da Silva Soares
- Vogal do Conselho de Administração, que preside – Sandra Cristina Mendo Moura
- Enfermeiro Diretor – Urbano José Castilho Rodrigues
- Adjunta do Enfermeiro Diretor – Maria Adelaide Alves Gonçalves Baptista
- PPCIRA – Isabel Cristina Moura Nunes
- Gabinete da Comunicação e Imagem – Rita Susana Madeira Paulino Martins
- Gabinete do Cidadão – Pedro Jorge Dias Seixas

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da ULSNE é uma comissão de apoio técnico do Conselho de Administração que tem por principal missão propor as orientações terapêuticas e a utilização mais eficiente dos medicamentos, promovendo a equidade no acesso à terapêutica farmacológica. Reúne semanalmente ou sempre que o Presidente a convoque. Mensalmente é abordada a recolha de informação sobre a prescrição e utilização dos medicamentos no ambiente hospitalar, tendo em vista a eficácia do tratamento do doente e o objetivo de racionalidade na aquisição e na gestão dos stocks.

A CFT, secretariada por Maria Armada Saidanha Pombo Ferreira, é constituída pelos seguintes elementos:



- Diretora do Serviço de Medicina Interna – Eugénia Maria Madureira Parreira
- Médica de Cirurgia Geral – Ana Conceição Afonso Santos Rodrigues
- PPCIRA – Isabel Cristina Moura Nunes
- Médica de Medicina Interna – Cristiana Margarida Fernandes Batouxas
- Serviços Farmacêuticos – Maria Angela Gonçalves Rocha Aragão
- Serviços Farmacêuticos – José Miguel Casanova Afonso
- Serviços Farmacêuticos – Cláudia Cristina da Silva Machado Fernandes Rodrigues

D. Fiscalização⁵

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.*

Nas ULS, EP E, abrangidas pelo regime constante da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro, a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial é exercida por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas ou por uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão e estejam registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

O conselho fiscal é constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o presidente do órgão.

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

O revisor oficial de contas é nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável por uma única vez.

A remuneração do conselho fiscal é fixada no despacho de nomeação, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação da ULS, EP 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.

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

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

Presidente do Conselho Fiscal: Júlio Paulo da Silva Martins

Nascido a 9 de junho de 1973, é licenciado em Organização e Gestão de Empresas pela Universidade Moderna do Porto desde 1995, com uma média de 15 valores, pós-graduado em Economia Industrial e da Empresa pela Universidade do Minho desde 1997, com uma média de 15 valores, tendo concluído a parte

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

letiva do doutoramento em Gestão, na Universidade da Beira Interior, com uma média de 18 valores em 2008. Doutorou-se em julho de 2019 em Economia e Empresa pela Universidade de Santiago de Compostela, com a menção “cum laude”, título de doutor reconhecido pela Universidade do Porto.

Managing Partner da Júlio Martins & Alves da Silva, Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, Lda., desde 2020, sociedade registada sob o n.º 337 na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas (OROC) e sob o n.º 20200017 na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários (CMVM). De 2005 a 2019, colaborou com a Esteves, Pinho & Associados, SROC, membro independente da BKR International, desde 2005, sociedade de revisores oficiais de contas registada sob o n.º 192 na OROC e sob o n.º 20161492 na CMVM, sendo assumido responsabilidades desde 2010 como sócio associado desta sociedade.

É Revisor Oficial de Contas (ROC) registado na OROC com o n.º 1401, e na CMVM com o n.º 20161011, tendo assumido responsabilidades de revisão de contas (responsável pelo Engagement) em várias entidades públicas e privadas. Responsável pela coordenação da área do Tax e pelo controlo de qualidade na sociedade.

Desde 1996 que desenvolve atividade de consultor em diferentes áreas da gestão de empresas e de negócios, tendo desenvolvido vários projetos de consultoria em empresas, alguns dos quais no âmbito de programas coordenados pela AEP – Associação Empresarial de Portugal.

É docente do ensino superior desde 1997, tendo lecionado na Universidade Moderna do Porto, entretanto redenominada para Universidade Lusófona do Porto, até 2006. Desde outubro de 2005 leciona diferentes unidades curriculares relacionadas com as áreas da contabilidade, fiscalidade e auditoria no ISLA IPGT – Instituto Politécnico de Gestão e Tecnologia, sendo neste momento Professor Adjunto neste Instituto. Presidente do Conselho Pedagógico, membro do Conselho Científico e do Conselho Geral do ISLA IPGT. Responsável pela coordenação de todo o projeto de Apoio à Implementação do SNC-AP, promovido pelo Centro de Serviços e Projetos ao Exterior (CESPE) da Unidade de Investigação do ISLA IPGT.

É investigador do CEPESE – Centro de estudos da População, Economia e Sociedade, da Universidade do Porto e investigador da Universidade de Santiago de Compostela, desenvolvendo trabalho na área dos Parques de Ciência e Tecnologia.

Vogal do Conselho Fiscal – Erika Ferreira Laranjeira

Natural da Suíça, nascida a 16 de novembro de 1984, com nacionalidade portuguesa.

Formação Académica

Pós-graduação em Auditoria em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa (2023)

Doutoramento em Economia pela Faculdade de Economia da Universidade do Porto (2009/2013).

Licenciatura em Economia pela Faculdade de Economia da Universidade do Porto (2003/2007).

Experiência Profissional

Professora Assistente no Centro Universitário Lusiada Norte desde 2014;

Consultora na Evigrate, Health Care Research and Consulting, Lda (2013-2014);

Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais do Ministério das Finanças e Administração Pública (2008/2009);

7
Di
sol

Membro do grupo de trabalho para a implementação piloto da Orçamentação por Programas – nomeada por Despacho nº 4639/2008, de 21 de fevereiro, de sua excelência o Ministro das Finanças e da Administração Pública (2008/2009);

Professora Convidada na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa (2007/2008)

Publicações:

Redação de vários artigos e publicações de âmbito nacional e internacional sobre Economia da Saúde, Economia do Ambiente e Sustentabilidade.

Reviewer no International Journal of Health Economics and Management.

Vogal do Conselho Fiscal - Helena Cristina dos Santos Tomé

Habilitações académicas:

É licenciada em Organização e Gestão de Empresas pelo Instituto Superior de Economia da Universidade Técnica de Lisboa, desde agosto de 1989. Concluiu a parte letiva do mestrado em Gestão de Empresas - Especialização em Contabilidade e Auditoria promovido pela Universidade de Évora e o Instituto Politécnico de Santarém, em junho de 2008.

Experiência profissional:

Inspetora de nomeação definitiva desde 1993 na Inspeção Geral de Finanças – Autoridade de Auditoria (IGF), onde tem desenvolvido funções de auditoria no âmbito de controlos de incidência tributária (IVA, IRC, IRS, outros impostos e Segurança Social), do regime jurídico e fiscal das SGPS - Sociedades Gestoras de Participações Sociais e de incidência comunitária, quanto à verificação da correta aplicação dos fundos estruturais. No âmbito das atribuições de controlo financeiro, cometidas à IGF, tem participado em diversas auditorias às empresas do Setor Empresarial do Estado, com ênfase nas áreas da despesa, da dívida, da contratação pública e dos grandes investimentos, envolvendo entre outros os setores dos Transportes (terrestres e aéreo), Água e Resíduos, Comunicações e Saúde. No exercício das suas funções tem igualmente realizado auditorias às condições económicas e financeiras de Contratos de Concessão celebrados entre o Estado e entidades de capitais maioritariamente públicos, relacionadas com o equilíbrio financeiro e com empresas privadas, na certificação da compensação financeira referente à prestação de serviços públicos. Colaborou com o DIAP - Departamento de Investigação e Ação Penal na realização de peritagens de natureza contabilístico/financeira, relativas a processos titulados por aquele organismo. Participou como cooperante no Programa Integrado de Cooperação e Assistência Técnica em Finanças Públicas (PICATFin) Portugal – Cabo Verde, entre 2009 e 2012. Foi Professora Adjunta Convidada na Escola Superior de Gestão e Tecnologia do Instituto Politécnico de Santarém, entre 2000 e 2014, em regime de acumulação de funções em horário pós-laboral, onde foi responsável pelas unidades letivas da área da Fiscalidade ministradas nos vários cursos daquele estabelecimento de ensino superior. Nessa qualidade lecionou as unidades letivas de Fiscalidade Empresarial I e II, Fiscalidade Internacional e de Gestão Fiscal no Curso de Contabilidade e Fiscalidade e a unidade letiva Fiscalidade no Curso de Gestão de Empresas. Desde 1999, exerce em regime de acumulação de funções em horário pós-laboral, funções de formadora, na área da Fiscalidade, destinada essencialmente a Contabilistas Certificados, licenciados e quadros superiores, realizadas para várias entidades, salientando-se a sua colaboração com o Citeforma – Centro de Formação Profissional dos Trabalhadores de Escritório, Comércio, Serviços e Novas Tecnologias (entidade reconhecida

pela OCC), onde ministra formação equiparada, sendo a responsável pela área da Fiscalidade e da respetiva oferta formativa daquela entidade.

Vogal Suplente do Conselho Fiscal - Fernando Martins da Silva

Habilitações académicas:

Licenciatura em Economia pela Faculdade de Economia da Universidade do Porto (1972-1977) e Curso de Especialização em Administração Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública (1978-1980)

Experiência profissional:

Administrador Hospitalar na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E., desde 6 de abril de 2015;

Administrador Hospitalar no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. de 19 de fevereiro de 2015 a 5 de abril de 2015;

Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E. de 29 de março de 2012 a 18 de fevereiro de 2015;

Presidente do Conselho de Administração do Hospital de São Sebastião, E.P.E. de 1 de junho de 2008 a 31 de janeiro de 2009;

Vogal Executivo do Conselho de Administração do Hospital de São Sebastião, E.P.E. de 31 de dezembro de 2005 a 31 de maio de 2008;

Vogal Executivo do Conselho de Administração do Hospital de São Sebastião, S.A. de 12 de dezembro de 2002 a 30 de dezembro de 2005;

Administrador-Delegado do Hospital de São Sebastião, S.A. de 1 de março de 2002 a 11 de dezembro de 2002;

Vogal do Conselho de Administração do Hospital de Magalhães Lemos entre 1 de janeiro de 1999 a 28 de fevereiro de 2002;

Vogal da Comissão de Gestão do Hospital do Conde Ferreira entre 17 de fevereiro de 1997 e 31 de dezembro de 1998;

Colocado no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia em 1 de setembro de 1984, como Administrador Hospitalar de 1ª classe, onde desempenhou as funções de Diretor dos Serviços Financeiros até 16 de fevereiro de 1997;

Entre 1 de setembro de 1980 e 31 de agosto de 1984 exerceu funções no Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde no estudo e implementação de novos critérios de financiamento a aplicar nos Hospitais Distritais e Centrais;

A 1 de agosto de 1980 foi colocado no Hospital de Santa Marta para desempenhar funções de Administrador Hospitalar de 3ª classe.

Outras atividades relevantes na área da saúde:

Integra o Conselho Fiscal e de Disciplina da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, no triénio 2016-2019;

Integrou o Conselho da ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, nos anos 2010 a 2014;

Colaborou de forma contínua em ações de formação interna no Hospital de São Sebastião/Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga;

Participou com trabalhos em conferências promovidas por meios de comunicação social sobre temas da área da saúde;

Participou como preletor em ações de formação promovidas por diversas associações de índole profissional, respeitantes a temáticas da área da saúde;

Exerceu funções de docência na Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto;

Coordenou um projeto no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia de recolha de informação sobre acidentes domésticos e de lazer, promovido pela União Europeia;

Apresentou trabalhos em várias Jornadas de Administração Hospitalar.

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

No exercício de 2023 não foi efetuada qualquer contratação de serviços adicionais ao auditor externo.

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

Ao Conselho Fiscal compete, especialmente, as atribuições conforme previsto no artigo 80.º do Decreto-lei n.º 52/2022, de 4 agosto, não tendo exercido quaisquer outras.

Não existe Comissão para as Matérias Financeiras.

(Nota: os pontos seguintes apenas são aplicáveis quando o órgão de fiscalização não seja Fiscal Único)

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

Ver ponto D, n.º 1 deste capítulo.

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

Mandato (Início-Fim)	Cargo	Nome	Designação	
			Forma (1)	Data
2017-2019 2020-2022 2023-2025	Presidente do Conselho Fiscal	Júlio Paulo da Silva Martins	Despacho	22/12/2017

2017-2019 2020-2022 2023-2025	Vogal do Conselho Fiscal	Erika Ferreira Laranjeira	Despacho	22/12/2017
2017-2019 2020-2022 2023-2025	Vogal do Conselho Fiscal	Helena Cristina dos Santos Tomé	Despacho	22/12/2017
2017-2019 2020-2022 2023-2025	Vogal suplente	Fernando Martins da Silva	Despacho	22/12/2017

(2) Os membros do Conselho Fiscal nomeados para o mandato 2017-2019 mantêm-se em exercício de funções à data de 31/12/2023 por força da aplicação do disposto no n.º 6 do art.º 79.º do DL n.º 52/2022, de 4 de agosto

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

Nenhum dos membros do Conselho Fiscal está associado a qualquer grupo de interesses específicos na ULSNE ou se encontra em alguma circunstância de afetar a sua isenção de análise ou decisão.

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

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

N.º Reuniões	Local de realização	Intervenientes na reunião	Ausências dos membros do Órgão de Fiscalização
16	Conference call	Presidente do Conselho Fiscal, Prof.º Doutor Júlio Paulo da Silva Martins; Vogal do Conselho Fiscal, Prof.ª Doutora Erika Ferreira Laranjeira; Vogal do Conselho Fiscal, Dra. Helena Cristina dos Santos Tomé.	Não se verificaram ausências
1	Conference call	Presidente do Conselho Fiscal, Prof.º Doutor Júlio Paulo da Silva Martins; Vogal do Conselho Fiscal, Prof.ª Doutora Erika Ferreira Laranjeira; Vogal do Conselho Fiscal, Dra. Helena Cristina dos Santos Tomé; Membros do Conselho de Administração; ROC da ULSNE.	Não se verificaram ausências

1	Bragança	Presidente do Conselho Fiscal, Prof.º Doutor Júlio Paulo da Silva Martins; Vogal do Conselho Fiscal, Prof.ª Doutora Erika Ferreira Laranjeira; Vogal do Conselho Fiscal, Dra. Helena Cristina dos Santos Tomé; Membros do Conselho de Administração; Auditor Interno da ULSNE, Dr. Luis Fernandes; Diretor Financeiro da ULSNE, Dr. José Soares.	Não se verificaram ausências
---	----------	--	------------------------------

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

Presidente do Conselho Fiscal - Júlio Paulo da Silva Martins

É presidente do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. Exerceu até dezembro de 2019 atividade de Revisor Oficial de Contas como sócio não gerente na sociedade Esteves, Pinho & Associados, SROC, Lda., membro independente da BKR International, passando a exercer desde 2020 essa mesma atividade, como Managing Partner da Sociedade Júlio Martins & Alves da Silva, Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, Lda.

Vogal do Conselho Fiscal - Erika Ferreira Laranjeira

É vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., para os mandatos 2017-2019 e 2020-2022.

Vogal do Conselho Fiscal - Helena Cristina dos Santos Tomé:

É vogal do Conselho Fiscal do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., para os mandatos 2017-2019 e 2020-2022.

E. Revisor Oficial de Contas (ROC)

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

(Início-Fim)	Cargo	Identificação SROC / ROC			Designação			N.º de anos de funções exercidas no grupo	N.º de anos de funções exercidas na empresa
		Nome	N.º inscrição na OROC	N.º registo na CMVM	Forma (1)	Data	Contratação		
2017/2019 2020/2022	SROC	Santos Carvalho § Associados, SROC, S.A.	71	20161406	Despacho	28/02/2018	7/03/2018	6	6
2017/2019 2020/2022	ROC	André Miguel Andrade e Silva J. Mendonça	1530	—		28/02/2018	—	6	6

Legenda: (1) Assembleia Geral (AG) / Deliberação Unânime por Escrito (DUE) / Despacho (D)

Nota: Mencionar o efetivo (SROC e ROC) e o suplente (SROC e ROC)

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

Nos termos dos estatutos, a nomeação do ROC é por um período de três anos, renovável por apenas mais um período.

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

Nome	Remuneração Anual 2023 (€)
	Bruta
Santos Carvalho § Associados, SROC, S.A.	17.220,00€
	17.220,00€

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

Não foram prestados outros serviços.

F. Conselho Consultivo (caso aplicável)

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



sol

Ainda não se encontra constituído o Conselho Consultivo.

G. Auditor Externo (caso aplicável)

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

Não existe auditor externo nem foi contratado qualquer serviço de auditoria externa.

2. *Explicitação⁶ da política e periodicidade da rotação do auditor externo e do respetivo sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções, bem como indicação do órgão responsável pela avaliação do auditor externo e periodicidade com que essa avaliação é feita.*

Não aplicável, em consequência do referido na alínea anterior.

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

Não aplicável, em consequência do referido na alínea 1).

4. *Indicação do montante da remuneração anual paga pela empresa e/ou por pessoas coletivas em relação de domínio ou de grupo ao auditor e a outras pessoas singulares ou coletivas pertencentes à mesma rede⁷ e discriminação da percentagem respeitante aos seguintes serviços, apresentada segundo o formato seguinte:*

Não aplicável, em consequência do referido na alínea 1).

VI. Organização Interna

A. Estatutos e Comunicações

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

⁶ Acompanhada de menção à legislação aplicável.

⁷ Para efeitos desta informação, o conceito de rede é o decorrente do Regime Jurídico da Supervisão de Auditoria, aprovado pelo artigo 2.º da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro, na sua redação atual.

As regras aplicáveis à alteração dos estatutos da ULSNE, E.P.E. são os previstos no Decreto-Lei n.º 67/2011, de 2 de junho, que a constituiu, com as alterações introduzidas por legislação posterior, nomeadamente pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, que republica, no seu anexo III, os estatutos das Unidades Locais de Saúde, por sua vez revogado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

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

A ULS do Nordeste, EPE, adotou uma política de comunicação de irregularidades alegadamente ocorridas no seu seio, concretizada num regulamento (RCI) no qual são identificados os meios através dos quais alegadas práticas irregulares podem ser comunicadas, são definidas as pessoas com legitimidade para receber essas comunicações, é estabelecido o procedimento a adotar face às comunicações, incluindo a possibilidade de tratamento confidencial, caso assim seja pretendido pelo declarante.

Estão identificados os meios disponíveis para formalizar indícios quaisquer de irregularidades, a saber, por escrito, através de carta fechada com indicação de confidencial, por email, para endereço eletrónico específico, assegurando as condições de segurança, sigilo, e confidencialidade da identidade ou anonimato, bem como a confidencialidade da identidade de terceiros mencionados na denúncia. Está também salvaguardado o cumprimento do Regime Geral de Proteção de denunciante de infrações aprovados pela Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro.

O RCI está disponível para consulta em: [Regulamento-Comunicacao-Irregularidades-2023.pdf](#) (min-saude.pt)

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

Também em matéria de políticas antifraude, existem ferramentas e procedimentos com vista à mitigação e prevenção da fraude Interna ou externa. Anualmente é elaborado/revisto o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) cuja implementação, alinhada com o Código de Ética e com os demais instrumentos de controlo Interno da ULS do Nordeste, permitem mitigar riscos de corrupção e fraude. Neste Plano, para além de, identificar os riscos de corrupção para cada uma das áreas de atuação da ULS do Nordeste, avaliados em termos de probabilidade de ocorrência e impacto, contempla ainda um conjunto de medidas preventivas e identifica os intervenientes na sua operacionalização. O PGRCIC, assenta numa reflexão do Serviço de Auditoria Interna desenvolvida de forma participativa com todos os serviços. Para o efeito foi implementado um link, em que, através do preenchimento de um formulário, qualquer trabalhador pode identificar um risco potencial ou real e sugerir medidas preventivas/corretivas. O novo Plano está concluído, aprovado e divulgado em 2022.

[Plano-de-Prevencao-de-Riscos-de-Gestao-2022.pdf](#) (min-saude.pt)

[Handwritten signature and initials in blue ink]

B. Controlo Interno e Prevenção de Riscos⁸

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

O sistema de controlo interno compreende, nomeadamente, um conjunto de planos, políticas, métodos, procedimentos e de boas práticas, que contribuem para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente, tendo por base as melhores práticas de governação.

O atual sistema de controlo interno da ULS do Nordeste reflete a dimensão, a natureza, a complexidade e a atividade desenvolvida, tendo por base os adequados modelos de gestão de riscos, de informação e de comunicação em todas as áreas de intervenção.

Através do Sistema de Controlo Interno (SCI), a ULS do Nordeste, EPE, pretende garantir, designadamente:

- Um desempenho eficiente da atividade utilizando os ativos e recursos disponíveis de forma eficaz;
- A segurança e qualidade contínua e permanente da prestação de cuidados de saúde;
- A prevenção e mitigação dos riscos da atividade e a prevenção de atuações danosas e fraudulentas, tendo em consideração o Plano de Prevenção de Riscos;
- O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, pelas normas profissionais e deontológicas, pelas regras internas e estatutárias, pelas regras de conduta e de relacionamento, pelas orientações;
- A proteção e segurança de dados sensíveis nos termos do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD);
- A qualidade, tempestividade, integridade e fiabilidade da informação;
- A prevenção do favorecimento ou práticas discriminatórias;
- Os adequados mecanismos de planeamento, execução, revisão, controlo e aprovação das operações;
- A promoção da concorrência;
- A transparência das operações.

O sistema de controlo interno da ULS do Nordeste, EPE, tem por base um sistema de gestão de risco, um sistema de informação e de comunicação e um processo de monitorização que assegure a respetiva adequação e eficácia em todas as áreas de intervenção, prosseguidos por intermédio de diversos órgãos, instrumentos e medidas, onde se destacam, designadamente:

- Regulamento Interno;
- Sistema de Comunicação de Irregularidades;
- Código de Conduta Ética;
- Regulamentos Internos das Unidades Orgânicas;
- Manuais de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos;

⁸ Querendo, a empresa poderá incluir síntese ou extrato(s) de Manual ou Código que satisfaça(m) o requerido. Tal formato de prestação da informação implica que o texto seja acompanhado das adequadas referências que permitam identificar as partes da síntese ou extrato(s) que satisfazem cada uma das alíneas.

- Regulamento de Proteção de Dados;
- Serviço de Auditoria Interna;
- Gabinete da Qualidade;
- Grupo de Gestão do Risco;
- Comissão de Qualidade e Segurança;
- Conselho Fiscal e ROC;
- Programa de cumprimento normativo;
- Plano de Formações dos Recursos Humanos;
- Plano para a Igualdade de Género;
- Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas (PPRGCIC);
- Código de Conduta do Gestor Público da Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE.

O PPRGCIC assume um papel fundamental enquanto instrumento de controlo interno e de melhoria de gestão, assumindo-se na agregação de medidas gerais e transversais a toda a instituição em matérias de prevenção de riscos, das quais, dada a importância que a sua prevenção e mitigação representa para o cumprimento dos objetivos estratégicos da instituição, o resultado das medidas e recomendações nele constantes devem ser objeto de monitorização, de revisão e de ações de auditoria interna periódicas.

Por outro lado, foi desenvolvido um processo de Acreditação que muito contribui para a mitigação de riscos clínicos e não clínicos, através da obrigatoriedade de implementação de normas e procedimentos e da adoção das melhores práticas já testadas em outras unidades do mesmo sector de atividade e auditorias a esses procedimentos e práticas. Este processo foi interrompido em 2015, prevendo-se a sua retoma naquele ou noutro modelo em vigor.

Para além dos mecanismos internos, todo o processo de divulgação de informação financeira é acompanhado e validado por entidades externas, nomeadamente o Tribunal de Contas, a Direção Geral do Tesouro e Finanças, Inspeção Geral das Finanças, e Administração Central dos Sistemas de Saúde.

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

Na estrutura organizativa da ULS Nordeste existe um Serviço de Auditoria Interna (SAI), consagrado no Regulamento Interno da Instituição, de acordo com os Estatutos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), aprovados e publicados através do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, artigo 86.º, onde se encontra presente a respetiva composição, natureza e regime de exercício de funções.

Atualmente, o Serviço é constituído por um elemento (Auditor Interno), onde exerce as respetivas funções a tempo inteiro, de acordo com as normas internacionais para a prática profissional de auditoria interna e gestão de riscos.

Ao SAI compete a realização de auditorias internas, 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, e compete ainda, em especial:

- a) Fornecer ao conselho de administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;
- b) Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da ULS, EPE, apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;
- c) Elaborar o plano anual de auditoria interna;
- d) Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar;
- e) Elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução.

O SAI tem como missão acrescentar real e efetivo valor à entidade na prossecução das suas atribuições, através do aumento da eficiência e eficácia das operações e processos internos, da confiança e integridade da informação financeira e operacional, salvaguarda dos ativos e a conformidade com legislação, regulamentos (interno e outros) e contratos. Apoiar ainda a organização na identificação e avaliação objetiva de exposições ao risco, estabelecendo controlos efetivos e propondo recomendações para a melhoria do processo de governação.

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

O PPRGCIC assume um papel fundamental, enquanto elemento do SCI da ULS do Nordeste, EPE, apresentando-se como um instrumento de suporte ao planeamento estratégico e de tomada de decisão do Conselho de Administração, através da agregação de medidas gerais e transversais a toda a Instituição em matérias de identificação, prevenção e mitigação de riscos.

O PPRGCIC serve o propósito de constituir uma ação sistematizada e abrangente de identificação, avaliação, mitigação, monitorização e prevenção de riscos, que assegura o desenvolvimento, a implementação e a manutenção de procedimentos, organizacionais e de controlo, necessários à gestão prudente dos riscos materiais que a ULS do Nordeste se encontra exposta, quer no domínio interno quer no externo, assegurando que os mesmos permaneçam num nível que não comprometa a prossecução da sua missão, das atribuições e competências que lhe estão cometidas.

Considerando que processo de gestão de riscos é um trabalho permanente, dinâmico e em constante transformação, considera-se fundamental o envolvimento e participação de todos os colaboradores, nomeadamente na identificação e comunicação, de forma sistemática e imediata, de potenciais situações de risco inerentes à atividade que desenvolvem.

Assim, é da competência dos diretores, coordenadores e/ou responsáveis das unidades orgânicas o envolvimento direto na gestão do PPRGCIC, devendo, perante as atividades desenvolvidas, identificar os riscos, assim como as medidas de controlo e prevenção.

Por sua vez, todos os colaboradores devem ter conhecimento da existência do PPRGCIC, perceber o seu nível de responsabilidade associada e qual a forma de contribuir para a melhoria contínua da gestão de riscos. Devem comunicar aos superiores hierárquicos, de forma sistemática e imediata, todos os riscos ou falhas verificadas. Recentemente foi ainda disponibilizado um formulário, na página da intranet da ULS do Nordeste, para que todos os colaboradores possam comunicar qualquer fator potencial de risco identificado.

Após a identificação dos riscos, os mesmos são avaliados, de acordo com a norma de gestão de riscos da Federação das Associações Europeias de Gestão de Risco, nomeadamente quanto à probabilidade de ocorrência e ao impacto previsto, de forma a determinar os processos de gestão a que devem ser sujeitos.

- **Probabilidade de ocorrência** – Representa a possibilidade de um determinado risco se verificar;
- **Impacto previsto** – Representa o efeito de um determinado risco ocorrer.

Resultante da combinação entre critérios, os riscos são classificados através de uma graduação compreendida entre **Baixo, Moderado e Elevado**, conforme observado na seguinte tabela:

		Impacto Previsto		
		Moderado	Elevado	Elevado
Probabilidade de Ocorrência	Baixo	Baixo impacto; Elevada probabilidade	Moderado impacto; Elevada probabilidade	Elevado impacto; Elevada probabilidade
	Moderado	Baixo impacto; Moderada probabilidade	Moderado impacto; Moderada probabilidade	Elevado impacto; Moderada probabilidade
	Elevado	Baixo impacto; Baixa probabilidade	Moderado impacto; Baixa probabilidade	Elevado impacto; Baixa probabilidade

Após concluída a respetiva classificação, é reconhecido que as situações que apresentam um índice “Elevado” de exposição ao risco merecem uma atenção especial e prioritária no sentido de desenvolver medidas que possam controlar/mitigar a sua ocorrência, seguido dos que apresentam um índice “Moderado” e por fim os que apresentam um índice “Baixo”.

Para efeitos de avaliação da respetiva adequação e eficácia, é realizado um acompanhamento regular quanto à implementação das medidas, designadamente através da realização de auditorias aleatórias, reportando superiormente os resultados e eventuais condicionantes, e proposta a implementação das necessárias ações corretivas ou de aperfeiçoamento.

Na sequência da aprovação da Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024, aprovada nos termos da Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2021, de 6 de abril, foi criado o Mecanismo Nacional Anticorrupção

(MENAC) e estabelecido o Regime Geral de Prevenção da Corrupção através do DL n.º 109-E/2021, de 9 dezembro, sendo identificado o plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas como um dos principais instrumentos de prevenção. De acordo com o estabelecido na referida Estratégia, o MENAC visa concretizar a dimensão da prevenção da corrupção como uma ação coletiva central e prioritária.

O respetivo regime jurídico entrou em vigor no dia 7 de junho de 2022, introduzindo alterações relevantes no âmbito da execução dos Planos, destacando-se a necessidade de elaboração de um relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado, durante o mês de outubro, e de um relatório de avaliação anual, durante o mês de abril do ano seguinte, contendo nomeadamente a quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas, bem como a previsão da plena implementação.

Na tabela abaixo estão identificados os principais riscos, por área, e as ações previstas para a sua mitigação, conforme previsto no PPRGCIC, mais especificamente, "o capítulo 5", que se transcreve:

5.1. DIRIGENTES E CHEFIAS

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau de Risco	Ações da Prevenção e Controlo
Delegação de competências	Exercício de autoridade delegada indevido	Baixo	Moderado		Publicação na página da internet da ULSNE as delegações e subdelegações de competências atribuídas
					Existência de um canal independente e autónomo para comunicação de irregularidades, que assegurem a exaustividade, a integridade e a confidencialidade da denúncia, impedindo o acesso de pessoas não autorizadas e permitindo a sua conservação
					Política de sanções em caso de violação dos normativos legais
Acumulação de funções	Exercício de atividade não autorizada. Exercício de atividade privada durante o horário de trabalho. Utilização de recursos públicos no exercício da atividade privada	Baixo	Moderado		Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções, nos termos do artigo 29.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro
					Existência de um canal independente e autónomo para comunicação de irregularidades, que assegurem a exaustividade, a integridade e a confidencialidade da denúncia, impedindo o acesso de pessoas não autorizadas e permitindo a sua conservação
					Política de sanções em caso de violação dos normativos legais
	Comprometimento de lealdade e a imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas	Baixo	Moderado		Publicação na página da internet da ULSNE as declarações de inexistência de conflitos de interesses (dos membros do CA), de acordo com o art.º 52.º, Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro
					Existência de um canal independente e autónomo para comunicação de irregularidades, que assegurem a exaustividade, a integridade e a confidencialidade da denúncia, impedindo o acesso de pessoas não autorizadas e permitindo a sua conservação
					Política de sanções em caso de violação dos normativos legais
Relações de hierarquia	Avaliações de desempenho irregulares	Baixo	Moderado		Existência de uma estrutura hierarquizada
					Definição legal das responsabilidades de dirigentes e chefias
	Assédio moral ou discriminação contra os colaboradores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, ideológicas ou outras	Baixo	Moderado		Existência de um conselho Coordenador de Avaliação, onde são validadas as avaliações, assim como de uma Comissão Paritária onde se encontram representados os vários grupos profissionais
					Implementação/ revisão do Regulamento de Comunicação de Irregularidades
	Ato de retaliação contra colaboradores que reportem atos de corrupção, de má conduta ou violação dos deveres profissionais	Baixo	Moderado		Existência de um canal independente e autónomo para comunicação de irregularidades, que assegurem a exaustividade, a integridade e a confidencialidade da denúncia, impedindo o acesso de pessoas não autorizadas e permitindo a sua conservação
	Não deteção ou dissimulação de condutas corruptas de colaboradores	Baixo	Moderado		Formação de dirigentes e chefias em gestão de pessoal e liderança
					Implementação/ revisão do Regulamento de Comunicação de Irregularidades, considerando o disposto no art.º 21.º (Proibição de retaliação), da Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro
					Garantia de impedimento de acesso às denúncias formuladas por pessoas não autorizadas para o efeito
	Realização de ações de formação interna a todos os dirigentes e trabalhadores, no âmbito de políticas e procedimentos de prevenção da corrupção e infrações cíveis	Baixo	Moderado		Realização de ações de formação interna a todos os dirigentes e trabalhadores, no âmbito de políticas e procedimentos de prevenção da corrupção e infrações cíveis
					Implementação/ revisão do Regulamento de Comunicação de Irregularidades
					Implementação/ revisão do Código de Ética e Conduta profissional da ULSNE

[Handwritten signature]
SOT

Conflito de interesses	Tratamento privilegiado de pessoas ou processos; Favorecimento/ Prejuízo de concorrentes, fornecedores ou pessoas (devido a conflitos de interesses) na tramitação de processos, na tomada de decisão ou na execução de contratos	Baixo	Moderado	●	Existência de um canal independente e autónomo para comunicação de irregularidades, que assegurem a exaustividade, a integridade e a confidencialidade da denúncia, impedindo o acesso de pessoas não autorizadas e permitindo a sua conservação Publicação na página da internet da ULSNE as declarações de inexistência de conflitos de interesses (dos membros do CA) de acordo com o art.º 52.º, Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro Política de sanções em caso de violação dos normativos legais Estrutura hierarquizada com vários níveis de decisão Rotatividade do pessoal, mediante recursos humanos disponíveis Promover a tomada de decisão de grupo, composto por vários membros com representações diversas
Sigilo	Fornecimento de informação não autorizada a terceiros, com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais	Baixo	Moderado	●	Sujeição de todos os dirigentes e colaboradores da ULSNE ao dever legal de sigilo Política de sanções em caso de violação dos normativos legais Acesso à informação presente nos sistemas informáticos através de um processo de autenticação individual Avaliação quanto aos níveis de segurança e controlo de acesso aos arquivos/registos
Igualdade	Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade	Baixo	Moderado	●	Implementação/ revisão do Código de Ética e Conduta profissional da ULSNE Rotatividade do pessoal, mediante recursos humanos disponíveis Promover a tomada de decisão de grupo, composto por vários membros com representações diversas

5.2. COMUNICAÇÃO E IMAGEM

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Comunicação Interna	Divulgação de informação não validada pelo CA	Baixo	Moderado	●	Criação de procedimento relativo à divulgação interna e externa de informação
Comunicação Externa	Prestação de declarações ao exterior sem o conhecimento/ aprovação do CA	Baixo	Moderado	●	Criação de procedimento que enuncie as regras para a prestação de informação institucional à imprensa
Imagem	Elaboração aleatória de materiais informativos institucionais e não cumprimento das regras de imagem institucional (ex.: uso incorreto do logótipo, entre outros)	Moderado	Baixo	●	Criação e disponibilização de manual de identidade gráfica Elaboração de procedimento com normas para a elaboração de materiais informativos
	Sinalética interior e exterior que não cumpre os requisitos da imagem institucional	Baixo	Baixo	●	Criação e disponibilização de manual de identidade gráfica
	Recolha indevida, por colaboradores ou elementos externos, de imagens fotográficas e/ou vídeo nas instalações da ULSNE	Baixo	Moderado	●	Criação de procedimento normativo e de formulário para recolha interna autorizada de imagens

Gestão de crise	Ocorrência de facto interno causador de dano/prejudicial à imagem externa e interna da instituição	Moderado	Elevado	●	Elaboração de estratégia de gestão de crise reputacional
-----------------	--	----------	---------	---	--

5.3. JURÍDICO E CONTENCIOSO

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Contencioso	incumprimento de prazos	Baixo	Baixo	●	Implementação de um controlo efetivo de prazos
	incumprimento da tramitação processual	Baixo	Moderado	●	Todos os departamentos, serviços e unidades colaboram com o Gabinete Jurídico e Contencioso, através de envio de toda a documentação solicitada dentro do prazo
Jurídico- Processos de inquérito e/ou disciplinares	Parcialidade/ favorecimento nos pareceres jurídicos	Baixo	Baixo	●	Controlo e monitorização dos pareceres e informações Apreciação e validação conjunta, potenciando o espírito de equipa e partilha de informação e experiência Estrutura hierarquizada de decisão, com consequente análise em diferentes níveis
	Informação não fidedigna	Baixo	Baixo	●	Acesso a informação científica atualizada
	Não-comparência	Baixo	Baixo	●	Convocação atempada dos visados
	Violação do dever de imparcialidade e isenção	Baixo	Moderado	●	Sensibilização interna quanto aos princípios base da atividade
	Utilização indevida de informação confidencial	Baixo	Moderado	●	Sensibilização interna para o arquivo documental Sensibilização interna quanto aos princípios base da atividade
	incumprimento de prazos	Baixo	Baixo	●	Implementação de um controlo efetivo de prazos
Processos em tribunal	Utilização indevida de informação confidencial	Baixo	Moderado	●	Sensibilização interna quanto aos princípios base da atividade

5.4. PLANEAMENTO E CONTROLO

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Planeamento e Controlo	Produção incorretamente registada	Baixo	Baixo	●	Promover, regularmente análises ao registo de produção
	Produção não registada em tempo útil	Baixo	Baixo	●	Promover, regularmente, análises ao registo de produção
					Manutenção de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividade/produção
					Alargar o âmbito de cruzamento de informação entre os diversos aplicativos
	Efetuar registos que permitam que se gerem GUM economicamente mais vantajosos	Baixo	Moderado	●	Definição de limites nas verbas para remuneração de atividade adicional por serviço Realização de Auditorias Clínicas
	Produção realizada sem qualquer registo biométrico	Baixo	Moderado	●	Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventualidade destas situações

[Handwritten signature]
Sd

	Informação não fidedigna extraída das várias aplicações informáticas de registo de atividade	Baixo	Moderado	●	Alargar o âmbito de cruzamento de informação entre aplicativos
Projetos de investimento	Não cumprimento das normas estabelecidas pelas entidades financiadoras dos projetos de investimento (perda de financiamento)	Baixo	Elevado	●	Implementação de procedimentos internos que garantam o cumprimento das normas associadas aos projetos de investimento
	Inexistência de um controlo rigoroso da execução financeira e temporal dos projetos de investimento	Baixo	Moderado	●	Identificação dos responsáveis pela execução de cada tarefa associada ao projeto Comunicação atempada dos projetos de investimento, ao nível de financiamento, ao Serviço de Compras e Logística e Serviço de Gestão Financeira Implementação de procedimentos internos de acompanhamento do progresso dos investimentos, com reporte periódico ao CA
	Inconformidades com as regras de publicidade, relativamente aos projetos de investimento com financiamento comunitário	Baixo	Baixo	●	Implementação de procedimentos de controlo, com suporte nos sistemas de informação, com base em checklist's de verificação

5.5. APOIO GERAL E TRANSPORTES

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Limpeza e higienização; Segurança e Vigilância; Gestão de Resíduos; Gestão de Roupa; Desinfestação/ Controlo de Pragas	Caderno de encargos sem as especificações técnicas necessárias para a prestação dos respetivos serviços	Baixo	Baixo	●	Definição de forma clara e precisa das cláusulas técnicas nos cadernos de encargos
	Ateração dos recursos disponibilizados pelo prestador de serviços, de forma a aumentar a rentabilidade do contrato	Moderado	Baixo	●	Definição de um contrato de prestação de serviços através da definição de um mapa de quantidades (p.ex. horas, consumíveis, kg/ peças de roupa, etc.)
	Desempenho insuficiente dos recursos, colocando em causa a qualidade do serviço prestado	Moderado	Baixo	●	Criação de grupos de supervisão multidisciplinares para verificação do desempenho dos serviços prestados Elaboração de um relatório anual composto por análises de satisfação do utente, dos colaboradores, reclamações e resultados de auditorias às áreas dos serviços prestados
	Aumento artificial do peso dos contentores de recolha de resíduos, com o objetivo de aumentar a faturação	Baixo	Baixo	●	Implementação de um sistema de controlo interno de forma a validar toda a faturação (a fatura só é emitida após validação do mapa de quantidades) Implementação de um sistema aleatório de controlo dos pesos
	Colocação de máquinas de vending por outros prestadores, sem contrato com a ULSNE	Baixo	Baixo	●	Todas as máquinas são colocadas após aprovação do CA. Caso contrário, as máquinas são retiradas, e dado um prazo aos donos das máquinas para a sua retirada
	Alteração do número de intervenções programadas de desinfestação e controlo de pragas, de forma a aumentar a rentabilidade do contrato	Baixo	Baixo	●	Todas as intervenções são acompanhadas/ monitorizadas/ registadas pelo Serviço de Apoio Geral e Transportes
	A faturação pode aumentar em função do peso da	Baixo	Baixo	●	Em geral, a roupa limpa é pesada e contida antes de ser disponibilizada aos serviços utilizadores

	roupa/ número de peças fardamento limpa				Implementação de um sistema de controlo por radiofrequência (RFID)
	Roupa danificada pela ULS do Nordeste	Baixo	Baixo	●	Sempre que é verificada a situação, a roupa danificada é devolvida ao prestador de serviço
	Utilização de fardamento disponibilizado fora das instalações da ULS do Nordeste	Baixo	Baixo	●	Implementação da identificação do fardamento através de um RFID, que permita rastrear o circuito de todo o fardamento
	Desaparecimento de roupa/ fardamento hospitalar	Baixo	Baixo	●	Implementação de medidas de autoinspeção de todos os bêxets que saem das instalações da ULS do Nordeste (ex.: RFID)
	Inexistência de normas ou procedimentos internos escritos e divulgados	Moderado	Moderado	●	Implementação/ revisão e divulgação dos procedimentos de qualidade
Central Telefónica	Inexistência de um manual de procedimentos aprovado pela hierarquia competente	Baixo	Moderado	●	Elaboração/revisão de um procedimento interno destinado ao atendimento telefónico da ULSNE
	Abuso de poder no contacto com os utentes	Baixo	Moderado	●	Promover formação alargada aos profissionais sobre questões éticas e códigos de conduta aplicáveis, qualidade no atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de emoções em situações de conflito
					Adequar o perfil do colaborador ao posto de trabalho, promovendo a rotatividade
					Realização periódica de ações de "cliente mistério"
					Implementação de sistema de registo biométrico/ login individual para as telefonistas, nas consolas de atendimento
	Impossibilidade de resolução do pedido do utente	Baixo	Moderado	●	Identificação, em cada contacto telefónico, o âmbito da chamada e documentar de forma precisa e detalhada a questão
					Criação / atualização de um documento "Perguntas Mais Frequentes" (FAQ's) e publicá-lo no site da instituição
					Fornecer outro meio de resolução do pedido, através do correio eletrónico consultas@uisne.min-saude.pt
	Não atendimento, devido ao elevado volume de chamadas	Elevado	Baixo	●	Elaboração de um relatório anual composto por análises de satisfação do utente, dos colaboradores, reclamações e resultados de auditorias à área das telefonistas
					Elaboração de procedimentos de monitorização, com indicadores globais e individuais
Gestão da frota automóvel	Utilização indevida das viaturas para fins privados	Moderado	Elevado	●	Implementação de sistema de controlo de gestão da frota por GPS, com opção de rastreamento dos percursos
	Utilização das viaturas sem a devida garantia de segurança para os ocupantes	Baixo	Elevado	●	Controlar os quilómetros percorridos das viaturas e os consumos Via Verde/ Combustíveis/Parqueamento
	Realização de serviços de manutenção, inspeção e reparações das viaturas fora do âmbito dos planos programados de manutenção, sem adequada aprovação	Baixo	Moderado	●	Sistema de monitorização com alertas das inspeções obrigatórias, seguros, manutenções, reparações, pneumáticos, etc.
					Implementação de um plano e relatório anual com registo das intervenção e/ou manutenções por viatura, remetido para aprovação do CA

Di...
9
SO

5.6. AUDITORIA INTERNA

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grav. do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Sistema de Controlo Interno	Inexistência de normas ou procedimentos internos escritos	Moderado	Moderado	●	Promover a elaboração e atualização de Manuais de procedimentos nas diferentes áreas da ULSNE
Sistema de Gestão de Riscos	Ineficaz/ desatualizado Sistema de Gestão de Riscos	Moderado	Moderado	●	Apoiar a CA na consolidação da implementação/ revisão de instrumentos de prevenção e gestão de riscos, tais como: Códigos de ética e conduta, manuais de procedimentos, normas de controlo interno, PPRGIC e canais de comunicação de irregularidades Reporte de situações de risco que decorrem da avaliação do sistema de controlo interno Promover o envolvimento e participação de todos os colaboradores na identificação e comunicação de potenciais riscos de gestão (ex.: implementação de uma plataforma de comunicação de eventuais situações de risco) Implementação de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses
Planeamento das ações de Auditoria interna	Não inclusão das potenciais áreas de maior risco no plano anual de auditoria	Baixo	Moderado	●	Revisão periódica do Sistema de Controlo interno e do PPRGIC da ULS do Nordeste Planear ações de auditoria e follow-up as áreas específicas/críticas, com base no PPRGIC da ULSNE
	Não cumprimento das ações previstas no plano anual de auditoria interna	Moderado	Baixo	●	Monitorização trimestral do Plano Anual de Auditoria interna de acordo com o respetivo cronograma aprovado
Desenvolvimento da atividade de auditoria interna	Utilização indevida de informação confidencial	Baixo	Moderado	●	Aquisição de competências e formação dos elementos da equipa de Auditoria interna Sensibilização quanto aos princípios base da atividade de Auditoria interna Trabalho de campo realizado por mais de 1 elemento da equipa de auditores/técnicos de auditoria Sensibilização interna para o arquivo documental, inclusive dos papéis de trabalho
					Sensibilização quanto aos princípios base da atividade de Auditoria interna
					Planeamento das ações de modo exaustivo e rigoroso, no sentido de limitar o seu âmbito e identificar as situações com maior materialidade, relevância ou risco. Arquivo próprio para os processos de auditoria interna Limitação do acesso aos processos de auditoria interna
	Não recolha, extraviou ou inutilização de evidências de suporte às avaliações e análises efetuadas, comprometendo os resultados das mesmas	Baixo	Moderado	●	
Recomendações e impactos resultantes das ações desenvolvidas	Não implementação das recomendações resultantes dos relatórios de auditoria	Baixo	Moderado	●	Realização de ações de follow-up a todas as ações de auditoria desenvolvidas
	As ações desenvolvidas sem impacto direto na melhoria contínua	Baixo	Moderado	●	Em conjunto com os serviços intervenientes, avaliar os impactos resultantes das recomendações propostas

5.7. COMPRAS E LOGÍSTICA

Atividade/ Função/ Processo	Direção do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Planeamento de Compras de Bens e Serviços	Inexistência de plano anual de compras devidamente aprovado	Moderado	Elevado	●	Implementação de um plano anual de compras previamente elaborado e aprovado
	Estimativa de custos desajustadas	Moderado	Moderado	●	Constituição de uma comissão de análise, em particular para materiais de consumo clínico e instrumental cirúrgico
	Fracionamento da despesa, nomeadamente de investimentos e obras	Elevado	Elevado	●	Projeções com base em histórico de aquisições anteriores
					Plano Plurianual de investimentos aprovado pelo CA atempadamente
Compras					Agrupar os processos de aquisição para um ano
	Ineficiente gestão do processo de compra	Moderado	Elevado	●	Implementação de um manual de compras e procedimentos de compra de acordo com LCP
					Pesquisa de mercado de produtos/fornecedores que satisficam as necessidades e ao melhor preço (eficiência da compra)
					Realização de avaliação regular do desempenho dos fornecedores
					Aquisição e desenvolvimento de competências necessárias, de modo a promover a realização de procedimentos concursais em detrimento da consulta prévia e do ajuste direto
	Não publicação dos contratos no portal dos contratos públicos	Moderado	Elevado	●	Implementação de procedimentos internos que visem a obrigatoriedade de publicação de contratos celebrados no portal da internet dedicados aos contratos públicos
					Aquisição e desenvolvimento de competências necessárias para efetuar todas as tarefas inerentes ao procedimento
	Compras realizadas sem autorização	Baixo	Moderado	●	Definição e aprovação de perfis e limites de autorização de compras
					Todas as compras têm suporte documental adequado e autorizado
	O mesmo colaborador do SCL intervém em mais do que uma fase dos processos de aquisições	Moderado	Moderado	●	Definir e delimitar as funções e tarefas dos colaboradores do SCL, de modo a evitar a sua participação em mais do que uma fase do mesmo procedimento
	Os colaboradores que integraram o SCL exercem as mesmas funções, por regra, em vários anos consecutivos	Elevado	Moderado	●	Proceder à rotação periódica do pessoal do SCL, procurando evitar a participação sistemática dos mesmos colaboradores nos procedimentos de contratação
	Ajuste direto, sem devida justificação	Moderado	Moderado	●	Procedimento com definição das condições para adoção do ajuste direto
	Falta de transparência e independência no procedimento de compra	Baixo	Moderado	●	Segregação de funções nas diversas fases do procedimento de compra
					Rotatividade na constituição dos elementos do júri
					Assinatura da declaração de conflito de interesses e incompatibilidades por todos os intervenientes no procedimento de compra
					Divulgação do regime de impedimentos
	Elevada dependência de um determinado fornecedor	Moderado	Moderado	●	Monitorizar as adjudicações efetuadas por fornecedor e respetivos valores
	Especificação do produto dirigido a um determinado fornecedor	Moderado	Elevado	●	Evitar qualquer tipo de especificação, designadamente no que refere à inclusão de cláusulas técnicas que limitem a concorrência, a marcas ou denominações comerciais.
	Fracionamento da despesa	Moderado	Moderado	●	Maior exigência na planificação das atividades com a adequada antecedência, melhoria do processo de gestão

[Handwritten signature and initials]
509

	Rotura/falta no fornecimento pelo fornecedor	Elevado	Elevado	●	Base de dados de fornecedores inclui pelo menos três fornecedores para o mesmo tipo de produto/artigo
	Falta de convite a novos fornecedores	Moderado	Moderado	●	Constituição de uma base de dados de fornecedores atuais e potenciais
	Intervenção em situações de impedimento	Baixo	Moderado	●	Divulgação do regime de impedimentos
	Insuficiência de informação na elaboração de cadernos de encargos	Moderado	Moderado	●	Verificação do caderno de encargos pela comissão de análise e aposta na formação
	Hutuações/ Instabilidade do Mercado	Elevado	Elevado	●	Aquisição de competências necessárias para pesquisa constante de alternativas
Gestão de Contratos de Aquisição de Bens e Serviços	Inexistência de formalização de contratos de acordo com o CCP	Baixo	Moderado	●	Instituir a obrigatoriedade de celebração formal de contratos de acordo com o CCP, com inclusão de penalidades
	Contratos sem salvaguarda dos interesses institucionais	Baixo	Moderado	●	Inclusão nos contratos de cláusula de salvaguarda da Instituição (ex.: penalizações)
	Modificações/alterações contratuais não conhecidas por todos os intervenientes no processo de compra	Baixo	Moderado	●	Nomeação de um gestor do contrato
	Falta de monitorização do cumprimento das cláusulas dos contratos	Moderado	Moderado	●	Círculo de comunicação entre todos os intervenientes relativamente a modificações/alterações contratuais ocorridas
	Não gestão do prazo de garantia de equipamentos e empreitadas	Moderado	Moderado	●	Garantir que todos os contratos têm nomeado um Gestor de Contrato de acordo com o CCP
	Não execução das penalidades contratuais	Moderado	Moderado	●	Definição de um procedimento de gestão de garantias
				●	Sensibilização dos requisitantes para o prazo de garantia dos equipamentos
Verificação do Material no ato da Receção de Encomendas (Existências)				●	Subcontratação de serviços de fiscalização no caso de empreitadas
				●	Definição de um Manual de Procedimentos de Empreitadas
	Receção não controlada física e qualitativamente	Moderado	Moderado	●	Assegurar a efetiva segregação de funções entre quem encomenda e quem recebe
				●	Efetiva evidência de quem recebeu os materiais e posterior verificação pelo serviço requisitante
Armazenagem (Existências)				●	Assegurar que as encomendas são conferidas em quantidades e qualidade por colaborador com competências específicas
				●	Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente
				●	Promover a rotatividade de colaboradores evitando situações de conflito com fornecedores ou colegas
	Acesso indevido aos armazéns e desvio de materiais ou retenção indevida	Elevado	Moderado	●	Realização de inventários periódicos aos armazéns, com justificação de diferenças significativas
Verificação do Material no ato da Receção de Encomendas (Imobilizados)				●	Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente
				●	Restrição do acesso aos armazéns a pessoal não autorizado
				●	Implementação de câmaras de segurança
				●	Assegurar a efetiva segregação de funções entre quem encomenda e as recebe
Utilização de Bens Públicos (Imobilizados)				●	Assegurar que as encomendas são conferidas em quantidade e qualidade por Colaborador com competências específicas
	Apropriação e/ou utilização indevida de bens públicos, nomeadamente para fins	Elevado	Elevado	●	Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente
				●	Promover a rotatividade de Colaboradores evitando situações de conflito com fornecedores ou colegas
				●	Desenvolvimento de um manual de gestão do imobilizado da ULSNE
				●	Verificações periódicas relativamente ao risco de desabarrecimento de bens de elevado valor

	privados; Desvios de bens				Reorganização da função de gestão de Imobilizado
					Responsabilização dos serviços pela salvaguarda e utilização dos bens atribuídos
					Verificações aleatórias se os bens abatidos continuam no local
					Promover verificações por elemento diferente do que propôs o abate
Abates (Imobilizados)	Abates Indevidos ou sem autorização do CA	Baixo	Baixo		Desenvolvimento de um manual de gestão do Imobilizado da ULSNE, o qual deve incluir procedimentos específicos relativos à sua aquisição, movimentação, abate
Transferências de bens (Imobilizados)	Transferências Indevidas ou sem autorização do CA	Elevado	Moderado		Desenvolver mecanismos de melhor rastreabilidade dos bens do Imobilizado
					Desenvolvimento de um manual de gestão do Imobilizado da ULSNE

5.B. FARMÁCIA

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Aquisição de Produtos Farmacêuticos	Favorecimento de fornecedores por membros de comissões, grupos de trabalho, juris de procedimentos pré contratuais que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento	Baixo	Elevado		Assinatura de Declaração de Inexistência de Incompatibilidades (artigo 4.º, do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de Janeiro)
					Constituição de uma comissão de análise
	Receção não controlada física e qualitativamente	Moderado	Moderado		Assignar a efetiva segregação de funções entre quem encomenda e quem recebe Efetiva evidência de quem recebeu os medicamentos e posterior verificação pelo serviço requisitante Assignar que as encomendas são conferidas em quantidades e qualidade Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente Promover a rotatividade de colaboradores evitando situações de conflito com fornecedores ou colegas
Gestão de Existências	Desvio de produtos farmacêuticos	Moderado	Moderado		Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente Realização de inventários periódicos aos armazéns, com justificação de diferenças significativas Dificultar acesso a bens "apetecíveis" Controlo de acesso nas áreas de armazenagem Restrição do acesso aos armazéns a pessoal não autorizado Implementação de câmaras de segurança
	Desvio de estupefacientes e psicotrópicos	Baixo	Moderado		Armazenamento seguro (ex.: cofres) Limitação de acesso Dupla conferência das dispensas
	Desperdício por não controlo dos prazos de validade dos medicamentos	Baixo	Moderado		Implementação de critérios de armazém dos produtos na farmácia tendo em conta, entre outros, o prazo de validade Implementação de sistemas de controlo de validade, com emissão de alertas mensais dos produtos prestes a expirar

	Risco de deterioração do produtos farmacêuticos, resultantes da temperatura ambiente e/ou humidade	Baixo	Moderado	●	Implementação de um sistema de monitorização da temperatura com sistemas de alerta sempre que a temperatura se desvie dos valores definidos
					Instrução de trabalho sobre o controlo e registo de temperaturas e humidade
					Orientações para a organização e manutenção dos produtos farmacêuticos nas enfermarias
Dispensa de Produtos Farmacêuticos	Abatimento não controlado	Moderado	Moderado	●	Realização de inventários periódicos nas armazéns, com justificação de diferenças significativas
					Autorização do CA para os abates resultantes do inventário final de ano
	Não cumprimento de regras/ Ineficiente dispensa de produtos farmacêuticos	Moderado	Moderado	●	Implementação/ revisão de procedimentos e instruções de trabalho relativos à dispensa de produtos farmacêuticos
	Imputação incorreta dos consumos no momento da dispensa	Moderado	Moderado	●	Conferência dos produtos saídos
					Realização de inventários periódicos
					Análise de registos de dispensa
	Saída/retorno de medicamentos para/dos serviços clínicos	Moderado	Moderado	●	Alargamento da implementação do registo por PDA (quem entrega e quem recebe e a que horas), bem como as devoluções de medicamentos e de produtos farmacêuticos não administrados, com guia de transporte
					Criação de armazéns avançados dos serviços clínicos e registo da administração do doente pela aplicação dos enfermeiros

Handwritten signatures and initials in blue ink.

5.9. FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grav. do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Planeamento	Desconformidade entre as ações formativas candidatas e as reais necessidades da ULSE	Moderado	Moderado	●	Envolvimento de todas as chefias no levantamento, planeamento e execução das necessidades de formação, tendo em consideração as prioridades pré-estabelecidas pela ACSS
	Dificuldade no acesso dos colaboradores para as ações de formação	Baixo	Moderado	●	Elaboração de programas formativos alinhados com as necessidades e em tempo oportuno
					Divulgação mensal das ações de formação
					Implementação e divulgação das normas internas referentes aos critérios de acesso à formação
Contratação de serviços	Sistema automático de alertas de marcação de formações				
	Não cumprimento dos critérios de igualdade nas iniciativas de formação aos colaboradores	Baixo	Baixo	●	Rotatividade de formandos e formadores (se formação interna)
	Favorecimento na contratação de serviços de formação	Baixo	Moderado	●	Atuação em conformidade com o respetivo enquadramento legal, nomeadamente as circulares normativas do POSE
					Assinatura de declaração de inexistência de Conflito de Interesses (quem decide a aquisição de serviços de formação)
					Implementação de uma bolsa de formadores
					Rotatividade de funções nos elementos da equipa responsáveis por cada formação
	Não cumprimento dos requisitos pré-definidos aquando da candidatura ao financiamento da ação formativa (formador, formato da ação, destinatários)	Baixo	Moderado	●	Programação atempada das formações, permitindo garantir os pressupostos definidos
					Monitorização periódica para poder proceder a ajustes que não desvirtuem os requisitos pré-definidos

5.10. CONTABILIDADE E GESTÃO FINANCEIRA

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Gestão de Contas e Tesouraria	Retenção de valores cobrados	Elevado	Baixo		Recurso a meios de recebimento via sistema de Multibanco
					Controlo diário do montante recebido por colaborador
					Emissão obrigatória de recibos informatizados que possibilitem a conferência de emissão por listagem diária
					Unificação/Integração do sistema de faturação dos CSP (14) e Saúde Pública (1) com os Hospitalares (1)
					Segregação de funções
					Reconciliação bancária mensal
	Desvio de fundos	Baixo	Moderado		Realização de reconciliações bancárias por colaborador não afeto à tesouraria
					Circularização periódica dos saldos de terceiros
					Autos de conferência periódicos aos Fundos de Maneio - CSP
					Segregação de funções
Rendimentos e Contas a Receber	Erros/ divergências em registos bancários e/ou contabilísticos	Baixo	Elevado		Segregação de funções Conciliações e reconciliações bancárias mensais
	Utilização indevida do fundo de maneo	Moderado	Baixo		Implementação/revisão de manual de procedimentos relativo à atribuição e utilização de fundo de maneo
					Segregação de funções entre os responsáveis pela gestão do fundo de maneo e os colaboradores com responsabilidades de registos contabilísticos e responsáveis de tesouraria
					Todas as despesas efetuadas por fundo de maneo são devidamente justificadas e documentadas
					Realização de reconciliação diária dos documentos de pagamento e recebimento
	Rendimentos não registados, mal classificados ou registados em períodos e/ou com valores incorretos	Baixo	Elevado		Assegurar a identificação da natureza da produção e respetiva classificação contabilística
					Conferência entre produção realizada e episódios faturados
					Conferência mensal de contas de clientes e outros devedores
	Alteração e ou anulações a saídos de clientes não aprovados	Baixo	Elevado		Segregação de funções (coordenador) Circularização periódica de clientes e outros devedores
	Cobranças não efetuadas atempadamente e/ou fora de prazo	Moderado	Moderado		Unificação/Integração do sistema de faturação dos CSP (14) e Saúde Pública (1) com os Hospitalares (1) Implementação de procedimentos que garantam a cobrança da atividade realizada dentro do prazo
	Atos clínicos não faturados/ faturados incorretamente	Moderado	Elevado		Unificação/Integração do sistema de faturação dos CSP (14) e Saúde Pública (1) com os Hospitalares (1) Relatórios Trimestrais da Unidade de Faturação Implementação de procedimentos que garantam a obtenção de erros limitativos à faturação
Pagamentos e Contas a Pagar	Despesa não registada, mal classificada ou registada em	Moderado	Moderado		Gabinete de relações com exterior (Admissão <-> Faturação)
					Estabelecer a obrigatoriedade, no momento da admissão, da confirmação do documento de identificação com os dados do Web RNU. Na impossibilidade, recorrer a outras entidades do SNS, de modo a validar a totalidade da informação do doente

4
Dip
sol

períodos e/ou com valores incorretos			Conferência mensal de contas de fornecedores e outros credores Sistema integrado de gestão empresarial Segregação de funções (coordenador) Circularização periódica de fornecedores e outros credores
Alteração/ anulação de saldos de fornecedores não aprovados	Baixo	Moderado	● Gestão de Perfis/Utilizadores no sistema de informação (SICC SNC-AP) Segregação de funções com perfis de acesso para reclassificação e/ou ajustamento de saldos de fornecedores
Pagamento indevidos	Baixo	Moderado	● Sistema integrado de gestão empresarial Assegurar que todas as faturas a pagamento foram conferidas pelos serviços de conferência de faturas
Pagamento de despesa sem verificação da situação tributária e contributiva do fornecedor	Baixo	Baixo	● Repositório digital das declarações (perfis consulta/edição) Gestão e monitorização efetuada pelo Sistema de informação (SICC SNC-AP) Manter a base de dados de fornecedores atualizada. Solicitar periodicamente esta informação aos fornecedores
Pagamentos preferenciais mais celeres a determinados fornecedores ou em montante superior ao efetivamente faturado	Baixo	Moderado	● Implementação/ revisão do Plano de Pagamentos a Fornecedores Análise das antiguidades de saldos a fornecedores Análise e reporte superiormente de todas as situações injustificadas Segregação de funções
Incumprimento dos prazos de pagamento	Elevado	Moderado	● Controlo da antiguidade de saldos Incumprimento das cláusulas contratuais sobre condições de pagamento Iteração da dotação orçamental, por parte da Tutela

5.11. GESTÃO DE UTENTES

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Admissão de Utentes	Dados de identificação de utentes insuficientes, incorretos ou desatualizados	Baixo	Moderado	●	Sensibilização dos colaboradores para a importância da correta e completa identificação dos utentes na instituição Análise de adequação do normativo em vigor Ligação da atividade de admissão à de cobrança, alertando-se a causa da não cobrança de taxa moderadora está na deficiente recolha/atualização dos dados dos utentes Verificação periódica das fichas de utentes
	Abuso de poder no contacto com os utentes	Baixo	Moderado	●	Promover formação alargada aos profissionais sobre questões éticas e códigos de conduta aplicáveis; qualidade no atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de emoções em situações de conflito Adequar o perfil do colaborador ao posto de trabalho, promovendo a rotatividade Análises de satisfação do utente, de reclamações e resultados de auditorias à área da admissão de utentes
	Garantia de confidencialidade no acesso à informação clínica	Baixo	Moderado	●	Sensibilização e desenvolvimento de formação sobre o regime de acesso a dados pessoais
	Ausência de alta administrativa	Baixo	Moderado	●	Sensibilização dos colaboradores para procedimentos administrativos de alta, nomeadamente as suas implicações: libertação de vagas para outros doentes, adequada gestão de agendas, deslocação indevida de doentes à instituição, otimização de recursos, minimização de custos com convocatórias indevidas e outros contactos associados (e-mail, telefone, sms, carta)
MCDT's	Recurso excessivo a MCDT no exterior com favorecimento/ indução de terceiros	Moderado	Moderado	●	Acompanhamento periódico dos MCDT's realizados na ULSNE e no exterior, com definição de sistema de alertas para eventuais desconformidades Providenciar informação sobre a necessidade de adquirir MCDT ao exterior (para efetuar consulta ao mercado)
Transporte de Doentes	Recurso excessivo a transportes de doentes	Moderado	Moderado	●	Implementação/revisão de procedimento interno/ sistema de verificação e controlo de transportes de doentes
Cobrança de Taxas Moderadoras	Falhas na cobrança de taxas moderadoras / indevida apropriação de taxas moderadoras	Moderado	Moderado	●	Revisão do procedimento de cobrança de taxas moderadoras Privilegiar o pagamento por multibanco Rotatividade do pessoal em postos de cobrança de taxas moderadoras
	Anulação indevida de recibos	Baixo	Moderado	●	Existência de segregação entre a emissão e a anulação de recibos e respetiva supervisão Todos os recibos anulados devem ser entregues, com registo do motivo da anulação, e devem constar da listagem diária extraída do SONiFO enviada aos Serviços Financeiros
	Isenção ou dispensa indevida de taxas moderadoras	Moderado	Moderado	●	Confirmar a existência de isenção ativa no Web RNU ou atribuição de dispensa mediante apresentação de documento comprovativo Existência e monitorização de procedimento de cobrança de taxas moderadoras e análise da antiguidade da dívida

[Handwritten signature and initials]

5.1.2. INFORMÁTICA E COMUNICAÇÕES

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Serviços de Informação	Falta de alinhamento entre os investimentos informáticos e os objetivos da instituição	Baixo	Moderado	●	Todas as aquisições de âmbito informático devem ter um parecer do serviço de informática
	Contratualização inadequada de serviços de assistência técnica	Baixo	Moderado	●	Implementação de um procedimento de avaliação do desempenho do fornecedor do serviço
	Interrupção de serviços fornecidos pelos sistemas de informação	Baixo	Elevado	●	Implementação de procedimentos de atuação em caso de falha dos sistemas de informação e plano de contingência
	Falhas no controlo dos ativos	Baixo	Moderado	●	Realização de um inventário que identifique de forma clara e completa todos os ativos, localizações e/ou licenças
	Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados	Baixo	Elevado	●	Desenvolvimento de medidas para gestão adequada de acessos e privacidade dos dados
	Fuga de informação, violação de segredo, quebra de confidencialidade ou utilização indevida de informação sigilosa	Baixo	Moderado	●	Definição do processo interno para cedência de informação (universidades, instituições do MS, instituições de natureza inspetiva)
	Acesso a informação indevidamente	Baixo	Moderado	●	Perfis de acesso criados em função do conteúdo funcional do posto de trabalho, partindo sempre do princípio do minimizado acesso a dados Alteração periódica das senhas de acesso
	Sessões de trabalho abertas sem a presença do respetivo utilizador	Baixo	Moderado	●	Implementação de um procedimento interno de segurança e sensibilização dos colaboradores sobre as suas responsabilidades Bloquear automaticamente todas as sessões de trabalho após determinado tempo de inatividade
	Partilha de senhas entre utilizadores	Baixo	Moderado	●	Responsabilização dos titulares das senhas de acesso pela sua utilização, conforme previsto no procedimento interno
	Falhas dos sistemas informáticos, devido a ciberataques, vírus ou falhas de segurança por conduta negligente ou má conduta intencional de colaboradores, podendo colocar em causa a privacidade da informação do utente e o funcionamento dos serviços	Baixo	Elevado	●	Monitorização contínua do sistema informático, realização de testes e desenvolvimento de processo de backup e recuperação de dados perdidos Sessões de formação/sensibilização e orientas para consciencializar os utilizadores para o problema e informá-los sobre as Boas Práticas a adotar com este tipo de situações Implementação/ revisão periódica da Política de Segurança e Gestão de Dados da ULSNE
Arquivamento de informação	Perda de informação devido ao fato do arquivo não garantir a salvaguarda da totalidade dos dados dos processos	Baixo	Elevado	●	Garantir o arquivamento informático de todos documentos que acompanham o processo, independentemente da sua dimensão Efetuar o arquivo dos processos em locais restritos e com efeito de controlo de acesso
Integração de Dados	Falta de integração entre sistemas informáticos	Baixo	Moderado	●	Levantamento regular de falhas de integração, no sentido de corrigir e introduzir melhorias de interface por via de cooperação entre os diversos serviços
Fiabilidade dos registos administrativos	Prestação de informação incompleta, desatualizada, desadequada ou mesmo falsa	Moderado	Moderado	●	Relativamente aos dados dos utentes, desenvolvimento de um mecanismo informático que não permita avançar para os passos seguintes sem os dados dos campos anteriores estarem devidamente preenchidos, com controlo sobre se a informação é fidedigna

5.13. INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Planeamento e organização	Informação dispersa e não sistemática sobre a rede de serviços e recursos existentes nos cuidados primários e hospitalares	Moderado	Moderado		Implementação/ revisão de um sistema estruturado de avaliação das necessidades da ULSNE
					Implementação de um Plano de Gestão de Recursos Energéticos previamente elaborado e aprovado
Execução dos contratos	Realização de contratos desajustados da utilização das instalações quanto à criticidade da sua falha	Baixo	Moderado		Revisão dos cadernos de encargos antes do seu envio para o Serviço de Gestão de Compras
	Inexistência de um controlo rigoroso dos custos do contrato, da calendarização dos trabalhos e do acompanhamento e avaliação do desempenho do contratante	Moderado	Moderado		Implementação de normas internas que garantam a boa e atempada execução dos contratos por parte dos fornecedores, prestadores de serviços e/ou empreiteiros, mediante fiscalização regular do desempenho do contratante, controlo rigoroso dos custos do contrato e calendarização sistemática
					Implementação de planos de monitorização interna, posteriormente entregues ao Conselho de Administração para conhecimento do seu cumprimento
					Registo do desvio temporal e financeiro entre o adjudicado e o executado, bem como respetivas causas
					Monitorização dos custos adicionais
Instalações e Equipamentos	Inexistência de aderências logo que são detetadas situações irregulares ou desapagamentos nos custos e nos prazos	Moderado	Moderado		Comunicação, em devido tempo, ao fornecedor/prestador de serviços ou empreiteiro, sempre que se verificarem situações irregulares e/ou desapagem de custos ou prazos contratuais
	Fiscalização e receção de trabalhos com execução defetiva, por execução ou em incumprimento relativamente ao caderno de encargos	Moderado	Moderado		Autos de medição assinados pelo técnico e coordenador
	Falhas na avaliação dos serviços prestados, com receção de ordens de serviço de manutenção não efetuadas ou efetuadas deficientemente	Baixo	Moderado		Implementação/ revisão de um manual de procedimentos que visem a distribuição de funções e composição das equipas de trabalho
					Pré-avaliação realizada por equipa técnica, mediante ordem de serviço, privilegiando, sempre que possível, a disponibilidade operacional
	Não conformidade das operações de manutenção contratadas com terceiros	Baixo	Moderado		Controlo da permanência dos prestadores de serviço nas instalações da ULSNE
					Monitorização das ações de manutenção preventiva por um interlocutor diariamente definido ao nível de cada Serviço
	Ocorrência de desvios/ roubo/ furtos de equipamentos	Moderado	Moderado		Aleatoriamente, realização de um controlo periódico (anual) dos equipamentos alocados a determinados centros de custo
					Responsabilização dos serviços pela salvaguarda e utilização dos bens atribuídos
	Falta de acuidade no abate físico de bens e na sua valorização	Baixo	Moderado		Parecer técnico relativo à inoperacionalidade ou obsolescência do bem
					Aprovação do CA pelos abates
					Remoção física dos bens que aguardam formalização de abate

5.14. RECURSOS HUMANOS

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grav. do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Recrutamento de colaboradores	Favorecimento de candidato por parte do júri (quebra dos deveres de isenção, transparência e imparcialidade no decorrer de procedimentos concursais).	Baixo	Baixo	●	Implementação de um Regulamento de Recrutamento Revisão regular do procedimento relativo a recrutamento, definido no Manual de Procedimentos Administrativos, que deve respeitar o princípio de igualdade constante do estatuto das EPE Constituição de júri com número mínimo de 5 elementos (1 presidente, 2 vogais efetivos e 2 vogais suplentes) para avaliação dos candidatos Rotatividade dos elementos que compõem os júris de concursos Preenchimento da declaração de inexistência de conflito de interesses por parte dos membros do júri
	Ineficaz avaliação das necessidades de contratação	Baixo	Moderado	●	Piano de atividades dos departamentos/ serviços/ unidades, com identificação das necessidades de recursos humanos
	Contratos irregulares, com erros ou lacunas	Baixo	Baixo	●	Revisão do contrato por pessoa diferente da pessoa que elaborou Apoio do Gabinete Jurídico e Contencioso (incluindo na elaboração da minuta)
Processamento de Salários, abonos e descontos	Processamentos indevidos: - Remunerações; - Abonos variáveis, ajudas de custo, subsídios, etc.; - Trabalho extraordinário, prevenções, etc.; - Descontos (CGA, ADSE, SS, IRS...); - Despesas comparticipadas para a ADSE.	Baixo	Baixo	●	Os elementos que efetuam o processamento de vencimentos encontram-se segregados dos elementos que efetuam a sua verificação, pagamento e contabilização Os elementos que efetuam o processamento de vencimentos efetuam a análise da conta de remunerações a pagar pertencentes às funções Tesouraria e Contabilidade geral Os elementos que analisam os registos de assiduidade, encontram-se segregados dos que: autorizam faltas, autorizam horas extraordinárias/ complementares, processam vencimentos, registam descontos, efetuam pagamentos, etc. Rotatividade dos colaboradores do SHH Revisão do Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos da Gestão de Recursos Humanos (ACSS)
	Processamento de vencimentos após o termo de relação jurídica de trabalho	Baixo	Baixo	●	Revisão periódica (mensal) das cessações de trabalho Bloqueio de processamento de salários após termo de relação jurídica de trabalho
Assiduidade/ Absentismo	Inadequado controlo de assiduidade e de tempo de trabalho	Baixo	Baixo	●	Implementação de registo biométrico Integração entre as aplicações de controlo de assiduidade e processamento de vencimentos Conferência de relatórios de assiduidade Sensibilização dos gestores de escala para a importância da validação dos horários
Análise de pedidos de justificação de faltas	Considerar uma falta justificada indevidamente	Baixo	Baixo	●	A justificação de faltas é autorizada pelas hierarquias e, quando tal é exigível, suportada por documento comprovativo
Análise dos requerimentos de acumulação de funções	Considerar indevidamente que se encontram cumpridos os requisitos para acumulação de funções. Acumulação de funções sem prévia autorização ou com incompatibilidades	Moderado	Baixo	●	Divulgação do regime de acumulações Verificações aleatórias das declarações de Colaboradores para verificação da não acumulação Verificar declarações de IRS de médicos em regime de dedicação exclusiva, a realizar anualmente pelo Serviço de Recursos Humanos

Análise de requerimentos de licença sem vencimento	Considerar indevidamente que se encontram preenchidos os requisitos para autorização da licença sem vencimento.	Baixo	Baixo	●	Os pedidos de licença sem vencimento são remetidos para apreciação em reunião de CA.
Deslocações em serviço	Deslocações em serviços processadas sem autorização.	Baixo	Baixo	●	As deslocações em serviço são processadas após autorização das hierarquias, inclusive, vogal responsável pelo pelouro.
Marcação de férias	Atribuição de dias de férias superior ao de direito.	Baixo	Baixo	●	O direito aos dias de férias é revisto anualmente e verificado em função da legislação aplicável e carregado na aplicação de assiduidade, não sendo possível a marcação de férias por períodos superiores ao direito adquirido.
Renovação do contrato sem prévia autorização do CA	Favorecimento de colaborador com desempenho inadequado ou sem efetiva necessidade de renovação do ULSNE.	Baixo	Baixo	●	Obrigatoriedade de verificação dos elementos por mais de uma pessoa. Elaboração de uma lista mensal de colaboradores contrariados e prazo, para que o contrato possa ser analisado antecipadamente com um prazo superior a 60 dias.
Manutenção de dados mestre de Colaboradores	Alteração não autorizada de dados mestre de Colaboradores com impacto em processamentos.	Baixo	Baixo	●	Os elementos que alteram os dados mestre de colaboradores, para efeitos de processamento, encontram-se segregados dos que processam de facto.
Cadastro	Violação do sigilo	Baixo	Baixo	●	Orlação de regras para consulta dos processos individuais exclusiva a pessoas autorizadas. Implementação de arquivo digital, protegido e objeto de backups periódicos. Sensibilização dos trabalhadores da área de RH sobre a obrigatoriedade de guardar reserva/ sigilo. (Código de Ética).
	Fuga de informação	Baixo	Baixo	●	Realização de ações de sensibilização sobre o tema. Segregação de funções devidamente documentadas.
	Cadastro do pessoal desatualizado / incompleto	Moderado	Baixo	●	Solicitação periódica (anual ou bianual) para atualização dos dados aos colaboradores. Implementação de um check-list de controlo relativamente aos documentos dos processos individuais.
	Ausência ou deficiente fundamentação dos resultados das decisões de avaliação	Baixo	Moderado	●	Verificar a existência de uma definição clara, objetiva e quantificável de objetivos.
Avaliação de desempenho	Utilização excessiva de mecanismos excecionais de promoção na carreira	Baixo	Baixo	●	Cumprimento da legislação aplicável, das normas instituídas e SIADAP.
Gestão de Carreiras	Inexistência de progressão de carreiras	Baixo	Moderado	●	Verificação anual das progressões existentes.

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

O Serviço de Auditoria Interna depende, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração.

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

Para além do risco clínico decorrente da atividade assistencial com impacto fortemente negativo na saúde e qualidade de vida do doente, são identificados outros riscos:

Nas várias unidades orgânicas de apoio à gestão abrangendo as áreas de:

- . Contratação Pública;
- . Gestão de imobilizado;
- . Contabilidade e Reporte;
- . Gestão Financeira;
- . Recursos Humanos.



E ainda,

- Riscos gerais (suscetíveis de afetar todas as atividades da ULSNE);
- Incêndio;
- Equipamentos e instalações técnicas;
- Ambientais;
- Fuga de doentes e rapto de crianças;
- Segurança de bens e espólio dos doentes;
- Segurança de profissionais e doentes;
- Riscos profissionais;
- Sistemas de Informação.

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

Para mais detalhe consultar o ponto 3 deste capítulo.

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

O processo de identificação de situações referentes ao risco é realizado através de dados históricos, do conhecimento da Instituição, de relatórios de auditorias, de relatórios de inspeções realizadas pelo Serviço de Segurança e Risco Ocupacional, pela PPCIRA ou por entidades externas.

Este processo envolve, sempre que possível, os responsáveis dos serviços que, para além de implementarem o PPRGCIC, identificam e comunicam qualquer ocorrência de risco e respetivas medidas de correção/mitigação.

Assim, a identificação, avaliação, acompanhamento, gestão e mitigação de riscos pretende-se disseminado por toda a organização, assumindo cada unidade orgânica e colaborador como parceiros.

São feitas auditorias clínicas, refletidas em relatórios semestrais com propostas de medidas preventivas/corretivas.

São feitas visitas aos serviços e locais de trabalho com vista à identificação da exposição dos profissionais a fatores de risco.

São feitas análise de rotina da qualidade da água em todas as instalações, da qualidade do ar interior e da higienização de superfícies nos espaços de maior risco.

Relativamente ao processo de avaliação, os riscos são avaliados relativamente à sua probabilidade de ocorrência, e ao seu impacto, de forma a determinar os processos de gestão a que devem ser sujeitos.

Aquando da identificação dos riscos, conhecidas as probabilidades de ocorrência e seus impactos, é decidido o que fazer com os riscos:

- Evitar o risco – Eliminar a causa ou abandonando as atividades que originem o risco;
- Reduzir a exposição – Implementar medidas que reduzam a probabilidade de ocorrência e/ou impacto do risco;

III. Partilha do risco – reduzindo a probabilidade de ocorrência ou impacto através da transferência ou partilha de parte do risco para terceiros;

IV. Aceitar o risco – não realizar qualquer ação sobre a probabilidade e impacto.

Na determinação das respostas acima mencionadas, são tidos em conta os seguintes fatores:

- Os efeitos das possíveis respostas;
- Os custos e benefícios e o esforço de controlo com o nível de risco identificado;
- As oportunidades possíveis para atingir os objetivos

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

Conforme n.º 1 do artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial é exercida por um Conselho Fiscal e por um Revisor Oficial de Contas que não pode integrar aquele órgão.

Existem manuais administrativos e contabilísticos que definem as regras e procedimentos de controlo, com especial enfoque na segregação de funções.

Por outro lado, são cumpridos, com a periodicidade estabelecida em circulares normativas da ACSS, o reporte de informação económica e financeira relativos à prestação de contas mensal, trimestral e anual. São ainda reportados, através dos mecanismos existentes, a prestação e divulgação da informação com validação para DGO, DGTF, IGF, Tribunal de Contas e ACSS.

A Unidade Local de saúde do Nordeste divulga na sua página na internet e no site da DGTF a informação económica e financeira relevante para melhor conhecimento da sua atividade por parte dos utilizadores e entidades externas.

C. Regulamentos e Códigos

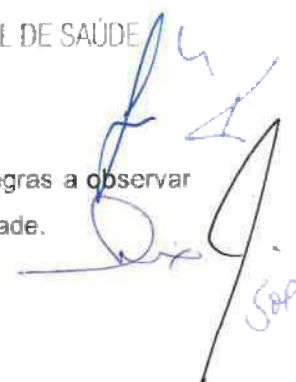
- 1. Referência sumária aos regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a empresa está legalmente obrigada, com apresentação dos aspetos mais relevantes e de maior importância.*

Na ULS do Nordeste, EPE, entidade integrada no Serviço Nacional de Saúde, criada pelo Decreto-Lei n.º 67/2011, de 2 de junho, rege-se pelos Estatutos publicados no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais e pelo seu Regulamento Interno.

Toma ainda como orientações outros regulamentos e normas;

I. Regulamento do acesso dos Delegados de Informação Médica - estabelece os princípios e regras a observar pelos delegados de informação médica no acesso às unidades de saúde da ULS do Nordeste, EPE, nos termos do Despacho n.º 8213-B/2013, de 24 de junho;

II. Regulamento de Comunicação de Irregularidades e Infrações Conexas – consagra o sistema de comunicação de irregularidades da ULS do Nordeste, criando condições para fomentar uma cultura de maior transparência, responsabilização e bom governo da instituição;



III. Regulamento de horários de trabalho e assiduidade – Estabelece os princípios e regras a observar pelos profissionais da ULS em matéria de horários de trabalho, assiduidade e pontualidade.

IV. Regulamento Interno.

V. Normas especiais cuja aplicação decorra do seu objeto.

Os referidos regulamentos, para além de divulgados na Intranet da instituição, estão, na sua maioria, disponíveis em “Instrumentos de Gestão Categoria - Unidade Local de Saúde do Nordeste (min-saude.pt)” <https://www.ulsne.min-saude.pt/category/institucional/instrumentos-de-gestao/>

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 ULSNE, EPE, dispõe de um Código de Conduta Ética que institui os princípios, valores e regras fundamentais que os seus colaboradores devem observar no desempenho das suas atribuições específicas, bem como nas relações que nesse âmbito estabelecem com utentes, outros colaboradores, fornecedores, ou, em geral, com a comunidade em que se inserem.

Os princípios e valores aí estabelecidos aplicam-se a todos os colaboradores, independentemente do seu tipo de vínculo laboral e sem prejuízo de outros normativos legais aplicáveis, estando em fase de conclusão o processo de revisão.

O Código de Conduta Ética é divulgado a todos os profissionais através do portal de comunicação interno (intranet), aos parceiros e cidadão em geral através do link “Instrumentos de Gestão Categoria - Unidade Local de Saúde do Nordeste (min-saude.pt)”

Através do Plano Anual de Formação da instituição são ainda organizadas e executadas sessões formativas/informativas relacionadas com temas do referido código.

- 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).**

3. *Regime Geral da Prevenção da Corrupção⁹ (RGPC: anexo do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro¹⁰):*

A 1 de Julho de 2009, o Conselho de Prevenção da Corrupção, através da Recomendação n.º 1/2009, deliberou que todas as entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza, devem elaborar e manter atualizado um Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC).

A 1 de Julho de 2015, o Conselho de Prevenção da Corrupção aprovou a recomendação n.º 3/2015, recomendando no ponto 1 a atualização dos PGRIC, passando a incluir, de forma exaustiva, todos os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, alargando assim o âmbito do plano.

O Plano de Gestão de Riscos da ULS do Nordeste tem um âmbito alargado procurando incluir de forma exaustiva e anualmente atualizado todos os riscos de Gestão, incluindo conflito de interesses e incompatibilidades previamente acauteladas por declarações expressas.

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

Em 2022 foi revisto o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, tomando em conta a legislação em vigor e orientações das entidades no domínio da prevenção da corrupção, nomeadamente o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC), o mesmo entra-se em vigor para o triénio 2022-2024.

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);

Anualmente é elaborado o Relatório de Gestão de Riscos e Infrações Conexas, disponível em ["Instrumentos de Gestão Categoria - Unidade Local de Saúde do Nordeste \(inn-saude.pt\)"](#).

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);

⁹ O RGPC é aplicável "aos serviços e às pessoas coletivas da administração direta e indireta do Estado, das regiões autónomas, das autarquias locais e do setor público empresarial que empreguem 50 ou mais trabalhadores (...)" (n.º 2 do artigo 2.º do RGPC). "Os serviços e as pessoas coletivas da administração direta e indireta do Estado, das regiões autónomas, das autarquias locais e do setor público empresarial que não sejam considerados empresas abrangidas adotam instrumentos de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas adequados à sua dimensão e natureza, incluindo os que promovam a transparência administrativa e a prevenção de conflitos de interesses" (n.º 5 do artigo 2.º do RGPC).

¹⁰ O Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e estabelece o regime geral da prevenção da corrupção (RGPC). Entrou em vigor 180 dias após a sua publicação (artigo 29.º), tendo revogado a Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro (artigo 27.º), com efeitos a 6 de junho de 2023 (n.º 3 do artigo 28.º, que remete para o artigo 3.º da Portaria n.º 155-B/2023, de 6 de junho, que declara a instalação definitiva do MENAC).

Anualmente é elaborado o Relatório de Gestão de Riscos e Infrações Conexas, disponível em ["Instrumentos de Gestão Categoria - Unidade Local de Saúde do Nordeste \(min-saude.pt\)"](https://www.ulsne.min-saude.pt/instrumentos-de-gestao-categoria-unidade-local-de-saude-do-nordeste-min-saude-pt).

- 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 ULSNE, EPE elaborou em 2023, após a tomada de posse do novo Conselho de Administração o Código de Conduta e encontra-se publicado no site da ULSNE, EPE.

<https://www.ulsne.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2023/10/Codigo-de-Conduta-Etica.pdf>

D. Deveres Especiais de Informação

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

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

Em conformidade com os estatutos, a ULS não presta garantias financeiras nem assume quaisquer 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***

O reporte é feito, mensalmente, através da plataforma SICA (no âmbito do Contrato Programa) da plataforma online da ACSS (Relatório Analítico de Desempenho Económico-Financeiro).

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

Para além do reporte através da plataforma SICA (ACSS), é também remetida informação através do SIRIEF (Sistema de recolha de Informação Económica e Financeira).

- d) ***Orçamento anual e plurianual***

Para além do reporte através da plataforma SICA (ACSS) é, também, remetida informação através do SIRIEF.

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

O reporte é feito através da plataforma SIRIEF (DGTF) e, ainda, enviada para a ARSN, ACSS, IGF e Tribunal de Contas.

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

O reporte é feito através da plataforma SIRIEF (DGTF) e ainda enviada para a ACSS.

E. Sítio na Internet

1. *Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontram divulgados os seguintes elementos (vd. artigo 53.º do RJSPE):*
 - a) **Sede e, caso aplicável, demais elementos mencionados no artigo 171.º do CSC**
 - b) **Estatutos e regulamentos de funcionamento dos órgãos e/ou comissões**
 - c) **Titulares dos órgãos sociais e outros órgãos estatutários e respetivos elementos curriculares, bem como as respetivas remunerações e outros benefícios**
 - d) **Documentos de prestação de contas anuais e, caso aplicável, semestrais**
 - e) **Obrigações de serviço público a que a empresa está sujeita e os termos contratuais da prestação de serviço público**
 - f) **Modelo de financiamento subjacente e apoios financeiros recebidos do Estado nos últimos três exercícios**

Todos os elementos acima identificados constam do site oficial da ULS do Nordeste, EPE, disponível através do link [Instrumentos de Gestão Categoria - Unidade Local de Saúde do Nordeste \(min-saude.pt\)](#)¹¹.

2. *Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontram publicitados os seguintes documentos¹¹:*

- a) **Regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a empresa está legalmente obrigada**
- b) **Código de Ética**
- c) **Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR)**
- d) **Relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo**
- e) **Relatório de avaliação anual no âmbito da execução do PPR**
- f) **Código de Conduta**
- g) **Relatório sobre remunerações por género**
- h) **Informação anual do modo como foi prosseguida a missão da empresa, do grau de cumprimento dos seus objetivos, da forma como foi cumprida a política de responsabilidade social, de desenvolvimento sustentável e os termos de prestação do serviço público, e em que medida foi salvaguardada a sua competitividade, designadamente pela via da investigação, do desenvolvimento, da inovação e da integração de novas tecnologias no processo produtivo (vd. artigo 45.º do RJSPE)**

¹¹ Todos os documentos devem estar devidamente assinados e datados e, nos casos aplicáveis, incluir também referência ao ato de aprovação pelo órgão de administração e respetiva data.

Todos os elementos acima identificados constam do site oficial da ULS do Nordeste, EPE, disponível através do link [Instrumentos de Gestão Categoria - Unidade Local de Saúde do Nordeste \(min-saude.pt\)](#)".

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

[Instrumentos de Gestão Categoria - Unidade Local de Saúde do Nordeste \(min-saude.pt\)](#)

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

[Instrumentos de Gestão Categoria - Unidade Local de Saúde do Nordeste \(min-saude.pt\)](#)

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

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

O Contrato Programa definido para o triénio 2017/2019 e o Manual Referência Contratualização 2023 são a base para a definição de preços, fixação de objetivos e dos princípios orientadores da contratualização para 2023, vertidos no Acordo Modificativo assinado entre a ACSS e a ULS Nordeste. Este documento estabelece, assim, o compromisso assumido perante a Tutela e que inclui, nomeadamente:

- i. Objetivos de produção
- ii. Financiamento a atribuir à ULS do Nordeste
- iii. Garantia do acesso aos cuidados de saúde pela população abrangida.
- iv. Orçamento económico-financeiro
- v. Objetivos de qualidade e eficiência e de sustentabilidade económico-financeira e respetivas penalizações
- vi. Avaliação e monitorização.

2. Caso não tenha contrato celebrado ou, tendo, caso haja apresentado nova proposta, referência às propostas de contratualização da prestação de serviço público apresentadas ao titular da função acionista e ao membro do governo responsável pelo respetivo setor de atividade (vd. n.ºs 1, 2 e 4 do artigo 48.º do RJSPE). A empresa deve apresentar declaração¹² do seguinte:

- a) **que elaborou uma proposta de contratualização da prestação de serviço público;**

Não aplicável.

¹² Esta declaração, no próprio RGS, pode apenas mencionar que foi cumprido o disposto no n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE.

- b) *que essa proposta foi apresentada ao titular da função acionista e ao membro do Governo responsável pelo respetivo setor de atividade; e*

Não aplicável.

- c) *que a proposta cumpre com todos os requisitos legais definidos no n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE.*

Não aplicável.

VII. Remunerações

A. Competência para a Determinação

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

Esta matéria é regulada pelo disposto no artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, referindo que o vencimento mensal dos gestores públicos é determinado em função de critérios decorrentes da complexidade, exigência e responsabilidade inerentes às respetivas funções, fixados por resolução do Conselho de Ministros.

Nesta sequência, o Despacho do Ministro de Estado e das Finanças e da Ministra da Saúde n.º 372/2020, de 17 de março que nomeou o Conselho de Administração da ULS para o triénio 2020-2022, determina que a remuneração dos membros do conselho de administração obedece ao disposto no n.º 5 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro, e à classificação atribuída pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março, alterada pelas Resoluções do Conselho de Ministros 97/2012, de 21 de novembro, 45/2013, de 19 de julho e 48/2013, de 29 de julho.

A remuneração do Conselho Fiscal foi fixada pelo Despacho conjunto do Senhor Secretário de Estado do Tesouro e da Senhora Secretária de Estado da Saúde de 22/12/2017

Remuneração dos membros dos órgãos sociais	Conforme legislação em vigor.
Remuneração dos dirigentes	Despacho CA, conforme legislação em vigor.

Nota: este mapa deverá ser completado e adaptado ao modelo de governo em vigor na empresa.

2. *Identificação dos mecanismos¹³ adotados para prevenir a existência de conflitos de interesses, atuais ou potenciais, entre os membros de órgãos ou comissões societárias e a empresa, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas (vd. artigo 51.º do RJSPE)*

As despesas efetuadas diretamente por cada membro do Conselho de Administração são visadas por outro membro do Conselho de Administração e sempre autorizadas, no mínimo, por dois dos membros do Conselho de Administração.

¹³ Mecanismos diversos dos inerentes à evidenciação ou menção a que se refere o ponto 3 seguinte.



No âmbito do artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 de 3 de outubro, foram efetuadas as declarações de independência dos membros do Conselho de Administração.

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

As declarações de independência e de não conflito de interesses dos membros do Conselho de Administração foram elaboradas de acordo com o artigo 51º do Decreto-Lei nº133/2013.

Os membros do Conselho de Administração abstêm-se de intervir nas decisões que envolvem os seus próprios interesses.

B. Comissão de Fixação de Remunerações

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

Os estatutos da ULS não preveem a existência de comissão de fixação de remunerações.

C. Estrutura das Remunerações

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

A política de remuneração do conselho de administração e do conselho fiscal é da competência do Governo. As remunerações praticadas cumprem todos os normativos legais em vigor, nomeadamente, o Estatuto do Gestor Público, Resoluções do Conselho de Ministros emanadas e Despachos governamentais específicos da matéria.

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

Decorre do mencionado no ponto 1.

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 se encontra prevista a atribuição de uma componente variável da remuneração aos membros dos órgãos de administração.

Contudo a Diretora Clínica dos Cuidados Hospitalares pode incluir uma parte variável decorrente do exercício da atividade médica, a título excecional, de natureza assistencial, de forma remunerada, na Unidade Local de Saúde do Nordeste, conforme Despacho n.º 6089/2017, de 4 de julho de 2017, do Ministro da Saúde, mas que em 2023 não ocorreu.

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

Não aplicável. Para além do referido no ponto anterior, não existe qualquer componente variável das remunerações.

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

Apesar de o contrato de gestão admitir a possibilidade de atribuição de prémios, o mesmo fica sujeito ao que, anualmente, estiver previsto na lei. Em 2023 não foram atribuídos.

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

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

D. Divulgação das Remunerações

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

Mandato 2019-2022 (dados de 01/01/2023 a 31/08/2023):

Membro do Órgão de Administração	Estatuto do Gestor Público			
	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)	
			Vencimento	Despesas de representação
Carlos Alberto Vaz	Sim	B	3 877,46	1 343,67
Aida da Conceição Domingues Palas	Sim	B	3 102,57	1 228,73
Eugénia Maria Madureira Parreira *	Sim	B	5 167,87	1 228,73
Maria Manuela dos Santos	Sim	B	5 020,22	1 228,73
Urbano José Castilho Rodrigues	Sim	B	3 102,57	1 228,73

* A "remuneração mensal Dr.ª Eugénia Parreira, inclui o adicional de € 38,58, nos termos dos n.ºs 1 e 2 do art.º 5 do Dec-Lei 61/92 de 15 de abril, abonado 12 vezes/ano.

Membro do Órgão de Administração	Remuneração Anual 2023 (€)		
	Fixa	Variável	Bruta
Carlos Alberto Vaz	71 030,41		71 030,41
Aida da Conceição Domingues Palas	42 074,93		42 074,93
Eugénia Maria Madureira Parreira	56 340,67		56 340,67

Maria Manuela dos Santos	51 792,13		51 792,13
Urbano José Castilho Rodrigues	37 752,97		37 752,97
			258 911,11

Membro do Órgão de Administração	Benefícios Sociais (€)						
	Valor do Subsídio de Refeição		Regime de Proteção Social		Seguro de Vida	Seguro de Saúde	Outros
[Nome]	Diário	Encargo anual da empresa	[identificar]	Encargo anual da empresa	Encargo anual da empresa	Encargo anual da empresa	[identificar] Encargo anual da empresa
Carlos Alberto Vaz	6,00	1 008,00	CGA	10 841,06			
Aida da Conceição Domingues Palas	6,00	1 014,00	SS	8 229,49			
Eugénia Maria Madureira Parreira	6,00	1 014,00	CGA	13 408,41			
Maria Manuela dos Santos	6,00	876,00	CGA	15 498,18			
Urbano José Castilho Rodrigues	6,00	947,60	CGA	8 920,54			
		4 859,60		56 897,68			

Mandato 2023-2025 (dados de 01/09/2023 a 31/12/2023):

Membro do Órgão de Administração	Estatuto do Gestor Público			
	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)	
			Vencimento	Despesas de representação
Carlos Alberto Vaz	Sim	B	3 877,46	1 550,98
Paulo José Castro Rogão	Sim	B	3 102,57	1 241,02
Duarte da Silva Soares	Sim	B	3 102,57	1 241,02
Filipa Sofia Guedes Faria	Sim	B	3 102,57	1 241,02
Urbano José Castilho Rodrigues	Sim	B	3 102,57	1 241,02
Sandra Cristina Mendo Moura	Sim	B	3 102,57	1 241,02

As despesas de Representação foram alteradas de 1228,73 para 1241,02

Membro do Órgão de Administração	Remuneração Anual 2023 (€)		
	Fixa	Variável	Bruta
Carlos Alberto Vaz	25 591,22		25 591,22
Duarte da Silva Soares	20 476,93		20 476,93
Filipa Sofia Guedes Faria	20 476,93		20 476,93
Urbano José Castilho Rodrigues	20 464,64		20 464,64
Sandra Cristina Mendo Moura	20 476,93		20 476,93
			127 963,58

Membro do Órgão de Administração	Benefícios Sociais (€)				
					Outros

[Nome]	Valor do Subsídio de Refeição		Regime de Proteção Social		Seguro de Vida	Seguro de Saúde	[identificar]	Encargo anual da empresa
	Diano	Encargo anual da empresa	[identificar]	Encargo anual da empresa	Encargo anual da empresa	Encargo anual da empresa		
Carlos Alberto Vaz	6,00	462,00	CGA	6458,26				
Paulo José castro Rogão	6,00	480,00	CGA	4863,26				
Duarte da Silva Soares	6,00	486,00	SS	7096,02				
Filipa Sofia Guedes Faria	6,00	486,00	SS	4817,93				
Urbano José Castilho Rodrigues	6,00	479,00	CGA	4970,70				
Sandra Cristina Mendo Moura	6,00	486,00	SS	5113,50				
		2 393,00		33 319,67				

O Subsídio de refeição foi alterado de €5,80 para €6,00, com efeitos a maio de 2023

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

Não aplicável. Não existem entidades em relação de domínio ou de grupo ou que se encontrem sujeitas a um domínio comum.

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

Não foi paga qualquer remuneração sob a forma de participação nos lucros ou pagamento de prémios por que não foi definido nem atribuído pela tutela este tipo de remuneração.

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

Não foi paga nem se encontra devida qualquer indemnização a ex-administradores executivos.

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

Membro do Órgão de Fiscalização	Remuneração Anual 2023 (€)
	Bruta
Júlio Paulo da Silva Martins	10 740,94
Erika Ferreira Laranjeira	8 055,74
Helena Cristina dos Santos Tomé	8 055,74
	26 852,42

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

Não aplicável, por não existir o órgão "assembleia geral" nos estatutos da ULS.

VIII. Transações com Partes Relacionadas e Outras

1. *Apresentação de mecanismos implementados pela empresa para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas¹⁴ e indicação das transações que foram sujeitas a controlo no ano de referência.*

As transações que ocorreram com entidades relacionadas limitaram-se a aquisições de serviços a outras entidades do Serviço Nacional de Saúde no âmbito de alguns meios complementares de diagnóstico e terapêutica, mas sem materialidade significativa.

De forma mais relevante, representando a quase totalidade da faturação, temos as transações relacionadas com a prestação de cuidados de saúde a beneficiários do Serviço Nacional Saúde conforme estabelecidas no Contrato Programa. Esta faturação é emitida à Administração Central dos Serviços de Saúde e objeto de monitorização por parte da ARS Norte e da ACSS.

2. *Informação sobre outras transações:*

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

Todas as transações relativas a aquisições de bens e serviços ocorreram em condições de mercado no cumprimento das normas legais e internas.

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

Não aplicável em função foi que foi dito no ponto anterior.

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

Nome	NIF	Valor
TECSAM - Centro Renal Mirandela/Mogadouro	502824581	3 572,77
UNISELF-SOC.RESTAURANTES PUB. E PRIVADOS, SA.SANTANDER	501323325	2 163,79
S U C H - NOVO BANCO	500900469	2 131,64

Unidade: Milhares €

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

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

Caracterização dos elementos seguidamente explicitados, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação¹⁵:

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

Ver ponto II do anexo 4 (Demonstração não Financeira).

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

Ver ponto III do anexo 4 (Demonstração não Financeira).

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 (vd. artigo 49.º do RJSPE);*

Ver Demonstração Não Financeira no anexo 4.

- 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 (vd. artigo 49.º do RJSPE);*

Ver Demonstração Não Financeira no anexo 4.

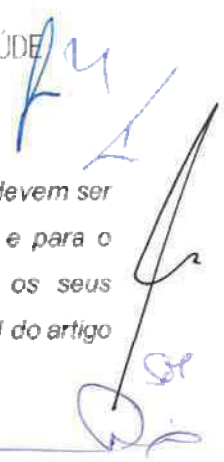
- c) *Adoção de planos de igualdade tendentes a alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, a eliminar discriminações e a permitir a conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional (vd. n.º 2 do artigo 50.º do RJSPE);*

Ver Demonstração Não Financeira no anexo 4, no ponto III.

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

Ver Demonstração Não Financeira no anexo 4, no ponto III.

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



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

Ver Demonstração Não Financeira no anexo 4, no ponto III.

- f) *Informação sobre a política de responsabilidade económica, com referência aos moides em que foi salvaguardada a competitividade da empresa, designadamente pela via de investigação, inovação, desenvolvimento e da integração de novas tecnologias no processo produtivo (vd. 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.).*

A ULSNE salvaguarda a competitividade pela via da investigação e inovação, até ao nível das suas competências e grau de diferenciação, incentivando e apoiando projetos de estudos académicos ou profissionais, desenvolvidos individualmente, ou em grupo, pelos seus colaboradores, ou através de protocolos Institucionais com estabelecimentos de ensino superior e outras organizações ligadas à investigação em saúde.

Está em estudo a criação de um Centro Académico de Investigação em consórcio com Entidades de ensino superior e de investigação

X. Avaliação do Governo Societário

1. *Menção à disponibilização em SISEE ou SiRIEF da ata da reunião da Assembleia Geral, Deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação dos documentos de prestação de contas (ai se incluindo o Relatório e Contas e o RGS) relativos ao exercício de 2022 por parte dos titulares da função acionista ou, caso não se tenha ainda verificado a sua aprovação, menção específica desse facto.*

São disponibilizados em SiRIEF os documentos de prestação de contas que aguardam aprovação.

2. *Verificação do cumprimento das recomendações recebidas¹⁶ relativamente à estrutura e prática de governo societário (vd. artigo 54.º do RJSPE), através da identificação das*

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

medidas tomadas no âmbito dessas orientações. Para cada recomendação¹⁷ deverá ser incluída:

- a) Informação que permita aferir o cumprimento da recomendação ou remissão para o ponto do relatório onde a questão é desenvolvida (capítulo, subcapítulo, secção e página)**

Relativamente ao cumprimento dos princípios de governo societário tem sido reportado de acordo com o disposto no artigo 54.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro e foram cumpridas as recomendações veiculadas a coberto dos relatórios de análise da UTAM recebidos.

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

O Relatório do Governo Societário de 2022 foi aprovado na sua totalidade de acordo com o RELATÓRIO DE ANÁLISE 268/2023 de 25 de outubro.

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

Não existem outras informações.

XI. Anexos do RGS

Como anexos ao relatório da empresa deverão ser incluídos pelo menos os seguintes documentos:

1. *Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o n.º 2 do artigo 54.º do RJSPE ou, no caso das empresas que não tenham órgão de fiscalização nomeado pela tutela, declaração dando conta desta situação.*
2. *Demonstração não financeira relativa ao exercício de 2023: aplicável às empresas de interesse público que à data do encerramento do seu balanço excedam um número médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual – cf. n.º 1 do mesmo artigo)¹⁸.*

Deverá conter informação referente ao desempenho e evolução da sociedade quanto a questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, igualdade de género, não discriminação,

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

¹⁸ O n.º 8 do artigo 66.º-B do CSC dispõe que "uma empresa que elabore um relatório separado do relatório de gestão, correspondente ao mesmo exercício anual, que inclua as informações exigidas para a demonstração não financeira previstas no n.º 2 e seja elaborado nos termos previstos nos n.ºs 3 a 6, fica isenta da obrigação de elaborar a demonstração não financeira prevista no n.º 1". Assim, caso a empresa pretenda ser dispensada da apresentação da demonstração não financeira, deve atestar que o RGS inclui toda a informação e cumpre todas as formalidades exigidas pela lei.

respeito pelos direitos humanos, combate à corrupção e tentativas de suborno (vd. artigo 66.º-B do CSC).

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

Anexo 1

Relatório do Órgão de fiscalização

PARECER DO CONSELHO FISCAL

SOBRE O RELATÓRIO DO GOVERNO SOCIETÁRIO DO ANO 2023

A QUE SE REFERE O N.º 2 DO ARTIGO 54.º DO REGIME JURÍDICO DO SETOR PÚBLICO EMPRESARIAL (RJSPE) APROVADO PELO DECRETO-LEI N.º 133/2013, DE 3 DE OUTUBRO

RELATÓRIO

1. Em cumprimento do disposto no n.º 2 do artigo 54.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de Outubro, o Conselho Fiscal emite o presente Parecer sobre o Relatório do Governo Societário da **UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE, E.P.E. (ULSNE)**, apresentado pelo Conselho de Administração, relativamente ao exercício de 2023.
2. O Conselho Fiscal foi eleito por Despacho dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, de 22 de Dezembro de 2017.
3. O Conselho Fiscal acompanhou a gestão da **ULSNE** e a evolução da sua atividade, designadamente, através de contactos e reuniões com o Conselho de Administração, Revisor Oficial de Contas, Auditor Interno e Serviços da entidade, bem como, através da leitura das Atas das reuniões do Conselho de Administração e da informação financeira preparada pela entidade e disponibilizada ao Conselho Fiscal.
4. O Relatório do Governo Societário de 2023 foi preparado e aprovado pelo Conselho de Administração em reunião de 29 de Maio de 2024, tendo chegado a este Conselho Fiscal a sua última versão no passado dia 20 de Novembro de 2024, dando cumprimento ao previsto no n.º 1 do artigo 54.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de Outubro, que estabelece a obrigatoriedade de apresentação anual de Relatório de Boas Práticas de Governo Societário, do qual conste informação atual e completa sobre todas as matérias reguladas no capítulo II desse mesmo diploma.
5. O trabalho do Conselho Fiscal consistiu em aferir, no Relatório do Governo Societário, do cumprimento da exigência referida no parágrafo anterior, bem como, a adequação do seu conteúdo à compreensão das Boas Práticas de Governo Societário adotadas no exercício de 2023 pela **ULSNE**, e da forma como se desenrolou a atividade, tomando por referência as orientações disponibilizadas pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial (UTAM) para a elaboração do referido relatório.
6. O trabalho desenvolvido incluiu ainda a verificação do cumprimento das orientações relativas às remunerações vigentes em 2023, e apresentadas no Relatório do Governo Societário.
7. Relativamente à análise efetuada no âmbito do trabalho apresentado no parágrafo anterior, o Conselho Fiscal verificou que foi aplicada a eliminação da redução remuneratória de 5% aos membros do Conselho de Administração, em conformidade com o ofício da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) com a referência 39128/2020/URJ/ACSS; E-5532/2020/ACSS, situação semelhante à ocorrida em anos anteriores. Todavia, salienta-se o entendimento dado a conhecer pelo Ofício c/ RefSAI_DGTF/2024/2122-DSPE, de 4 de dezembro de 2024, que confirma a necessidade de serem regularizadas todas as situações pretéritas relacionadas com a indevida eliminação da redução remuneratória dos 5% aos membros do Conselho de Administração, atendendo a que o n.º 1 do artigo 12.º da Lei n.º 12-A/2010, de 30 de junho apenas é revogado por força do previsto no Orçamento do Estado para 2025.

8. O Conselho Fiscal salienta toda a colaboração que tem tido do Conselho de Administração, do Revisor Oficial de Contas, do Auditor Interno e dos Serviços da **ULSNE** no desempenho das suas funções.

9. Com base no trabalho desenvolvido, nada chegou ao conhecimento do Conselho Fiscal que leve a concluir que o Relatório do Governo Societário, relativo ao exercício de 2023, apresentado pelo Conselho de Administração não é, em todos os aspetos materialmente relevantes, adequado à compreensão das Boas Práticas de Governo Societário adotadas neste exercício pela **ULSNE** e da forma como se desenrolou a atividade.

PARECER

Em consequência do referido nos parágrafos anteriores, o Conselho Fiscal é de **PARECER FAVORÁVEL** a que seja **APROVADO** o Relatório do Governo Societário do exercício de 2023.

Bragança, 16 de dezembro de 2024

O CONSELHO FISCAL

Assinado por: **Júlio Paulo da Silva Martins**
Num. de Identificação: 09894846
Data: 2024.12.16 19:57:29+00'00'

PROF. DOUTOR JÚLIO PAULO DA SILVA MARTINS, PRESIDENTE

Assinado por: **Erika Ferreira Laranjeira**
Num. de Identificação: 12690067
Data: 2024.12.16 20:30:59 +0000

PROF.^a DOUTORA ERIKA FERREIRA LARANJEIRA, VOGAL

HELENA CRISTINA
FAZERES DOS SANTOS
TOMÉ

Digitally signed by HELENA
CRISTINA FAZERES DOS SANTOS
TOMÉ
Date: 2024.12.16 21:55:00 Z

DR.^a HELENA CRISTINA DOS SANTOS TOMÉ, VOGAL

Anexo 2

Demonstração Não Financeira





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
NORDESTE

h
...
...
...
...

Demonstração Não Financeira

2023

Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.



ÍNDICE

1. Introdução	2
2. Modelo Empresarial	2
3. Políticas e linhas de ação	3
<i>a) Questões ambientais</i>	
<i>b) Consumos de energia elétrica</i>	
<i>c) Consumos de gás</i>	
<i>d) Consumos de água</i>	
<i>e) Resíduos hospitalares</i>	
4. Políticas sociais relativas a Colaboradores	7
<i>a) Balanço Social</i>	
<i>b) Formação profissional</i>	
<i>c) Segurança e saúde no trabalho</i>	
<i>d) Igualdade de género</i>	
<i>e) Não discriminação e respeito pelos Direitos Humanos</i>	
<i>f) Combate à corrupção e à tentativa de suborno</i>	



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

1. INTRODUÇÃO

O Decreto-Lei n.º 89/2017, de 28 de julho, 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, relativamente à divulgação de informações não financeiras.

A divulgação, por parte das empresas, de informações não financeiras relativas às áreas sociais, ambientais e de governo societário visa demonstrar não só a sua responsabilidade nas áreas referidas, mas também o impacto na sociedade, com vista à identificação dos riscos de sustentabilidade das mesmas.

Assim, de acordo com o normativo referido, as empresas com o estatuto legal de interesse público que, à data de encerramento do seu balanço, excedam um número médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual, devem incluir no seu relatório de gestão uma demonstração não financeira, contendo informação bastante para uma compreensão da evolução, do desempenho, da posição e do impacto das suas atividades, referentes, no mínimo, às questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, à igualdade entre mulheres e homens, à não discriminação, ao respeito dos direitos humanos, ao combate à corrupção e às tentativas de suborno.

A ULS do Nordeste, doravante, apenas, ULS, tem assumido uma postura proactiva contínua, em qualquer uma das questões atrás referidas, empenhando-se nas melhores práticas ao seu alcance, adaptando, sempre que possível, os processos e estratégias por forma a garantir impactos positivos em cada um dos domínios.

2. Modelo empresarial

A ULS, entidade pública empresarial, criada pelo Decreto-Lei n.º 67/2011, de 2 de junho, integrando vários serviços e instituições do Serviço Nacional de Saúde (3 hospitais, 14 centros de saúde e uma Unidade de Saúde Pública), presta cuidados de saúde à população da sua área de abrangência (distrito de Bragança), no âmbito de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, dando uma resposta capaz às suas necessidades e expectativas, promovendo a utilização racional e eficiente de todos os recursos, numa cultura de humanização dos serviços e de motivação e desenvolvimento dos colaboradores.



Numa região caracterizada por uma população envelhecida e dispersa numa enorme área territorial (6.608 Km²), é importante um modelo organizativo, com gestão empresarial capaz de proporcionar mais-valias associadas à consolidação de cuidados de saúde decorrentes da integração de cuidados a prestar, designadamente, através de sinergias partilhadas entre cuidados primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados.

3. Políticas e linhas de ação

a) Questões ambientais

A política ambiental é um conjunto de ações ordenadas e práticas com o propósito de preservar o meio ambiente e garantir a sustentabilidade do planeta. Deve ser norteada por princípios e valores que minimizem o consumo de recursos, sobretudo os mais poluentes e inimigos do ambiente.

No sentido de contribuir para uma cultura empresarial protetora do ambiente, estão elaborados e implementados o Regulamento de Comportamentos Ambientalmente Eficientes e os Manuais de Boas Práticas Ambientais e de Combate ao Desperdício, orientadores das práticas diárias, em termos de eficiência energética e ambiental, de todos colaboradores da ULS.

A sensibilização para as referidas boas práticas é feita através da intranet com informação apelativa e monitorização conduzida pelo gestor local de energia e carbono.

b) Consumos de energia elétrica

A ULS, aproveitando as oportunidades de financiamento, tem adotado políticas que levam à redução substancial do consumo de energia.

A comprová-lo está o investimento feito no último triénio ao nível da eficiência energética em todas as unidades hospitalares. O ano de 2025 irá ser o arranque de obras da mesma natureza ao nível de todo o edificado dos centros de saúde que integram a Uls.

Os investimentos traduziram-se em:

- Instalação de painéis solares e fotovoltaicos;



- Utilização de LED em toda a iluminação de interior;
- Substituição de equipamento de produção e de distribuição térmica;
- Sistema de Gestão Técnica Centralizada;
- Melhorar a eficiência térmica dos edifícios (isolamento de paredes e janelas).

A monitorização e análise dos consumos dos vários edifícios que iniciámos comprovam que foi uma aposta ganha, a qual será, de todo, reveladora disso mesmo, quando todo edificado da Uls tiver concluído os investimentos delineados e aprovados.

Não obstante, neste momento, já podemos ter uma visão disso mesmo, conforme mapa abaixo.

Vejamos.

Consumos – eletricidade



Podemos, ainda, acrescentar que os dados em nossa posse evidenciam que, no ano em curso, os consumos continuam a baixar, face ao ano anterior.

c) Consumos de gás

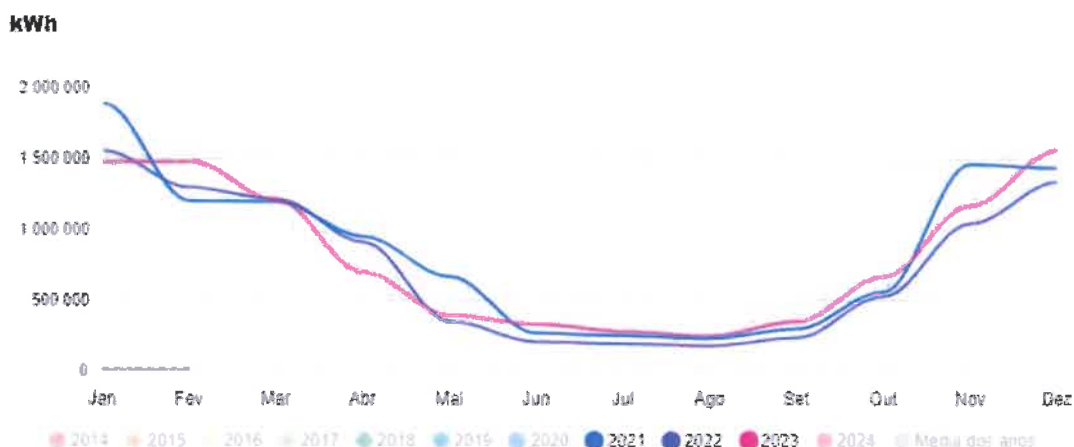
O consumo de gás propano foi substituído por gás natural em todas as instalações onde se encontrava disponível o seu fornecimento.

Esta medida, aliada ao resultado de outras feitas no âmbito da eficiência energética, contribuiu para a redução de consumos que, ano após ano, tem ocorrido, contribuindo,



seguramente ainda mais para essa redução, quando os projetos previstos nos centros de saúde passarem para o terreno.

No mapa abaixo evidencia-se a evolução dos consumos nos anos de 2021, 2022 e 2023.



d) Consumos de água

O uso eficiente da água e a redução do desperdício no seu consumo é uma preocupação ambiental e constante.

A ULSNE tem dado pequenos passos nesta matéria limitando-se a rotinas de verificação periódica de instalações e equipamentos, sensibilização e alerta dos colaboradores para comportamentos mais adequados e continuando as medidas já iniciadas em anos anteriores, nomeadamente:

- Alargar a colocação de temporizadores ou sensores a todas as torneiras possíveis;
- Rever, com as empresas de outsourcing, o procedimento de lavagem de pavimentos, nomeadamente, nos refeitórios e cozinhas das 3 Unidades hospitalares;
- Melhorar as rotinas de manutenção e reparação;
- Melhorar os planos de rega dos espaços verdes.

e) Resíduos Hospitalares

A gestão correta de resíduos e redução da produção é uma preocupação ambiental.



Handwritten signature and initials in blue ink.

Na ULSNE existem procedimentos para separação e recolha dos resíduos, periodicamente revistos e avaliados pela Comissão de Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos e que se consubstanciam, de entre outras nas seguintes prática:

- Melhoria contínua, através de auditorias, da separação dos resíduos hospitalares;
- Recolha, triagem e encaminhamento para reciclagem ou tratamento/eliminação de um conjunto alargado de resíduos, nomeadamente, lâmpadas, pilhas, baterias, óleos, toners e tinteiros, equipamentos elétricos e eletrónicos e equipamentos médicos;
- Assegurar a recolha e encaminhamento dos resíduos de construção e demolição decorrentes das obras realizadas na ULSNE de acordo com as melhores práticas e normas em vigor;
- Recolha seletiva do papel/cartão e plástico rejeitado pelos serviços e encaminhamento para empresa recicladora;
- Recolha e envio para tratamento de todos os resíduos líquidos perigosos.

Está implementada a triagem de resíduos dos grupos III e IV de acordo com as orientações legais e regulamentares e as melhores práticas, em perfeita articulação com a empresa responsável pela recolha e tratamento.

Os resíduos do grupo III e IV são recolhidos por empresa licenciada. A recolha dos resíduos do grupo I é, em cada concelho, da responsabilidade da respetiva Câmara Municipal.

Passamos a evidenciar a variação registada:

Tipo de Resíduo	Anos				Variação 2023/2022	
	2020	2021	2022	2023	%	Kgs
GRUPO III (kgs)	220 826,89	271 354,25	268 389,11	236 826,50	-11,76%	-31 562,61
GRUPO IV (kgs)	18 816,37	18 441,82	19 948,10	17 671,50	-11,41%	-2 276,60



4. Políticas sociais relativas a Colaboradores

Os trabalhadores, enquanto recurso fundamental e necessário nas organizações, são também pessoas dotadas de competências e características próprias, aspirações, valores, motivações e objetivos individuais que não podem deixar de ser considerados sempre que se definam políticas e estratégias de Recursos Humanos.

a) Balanço Social

O mapa de pessoal da ULS aprovado reflete a dotação global de pessoal, sem internato médico, prestadores de serviços e colaboradores integrados em programas do IEFP.

Em 31 de dezembro de 2023, o número de trabalhadores na ULS era de 1.967, assim repartidos por grupos profissionais:

Grupo Profissional	N.º de Colaboradores	
	2022	2023
Assistente Operacional	442	515
Assistente Técnico	272	271
Dirigente Superior de 1.º e 2.º grau	8	8
Enfermeiro	731	729
Médico	207	207
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutico	142	145
Outros Profissionais	99	92
Total	1.901	1.967

b) Formação profissional

No âmbito da formação profissional e atualizações de conhecimentos dos trabalhadores foi aprovado e executado o plano de formação para o ano de 2023.

São abrangidos por este plano de formação todos os colaboradores que exercem funções nos serviços da ULSNE E.P.E., designadamente, Chefias/Responsáveis de serviços, Médicos, Enfermeiros, Técnicos Superiores de Saúde, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Técnicos Superiores, Técnicos de Informática, Assistentes Técnicos e Assistentes Operacionais.



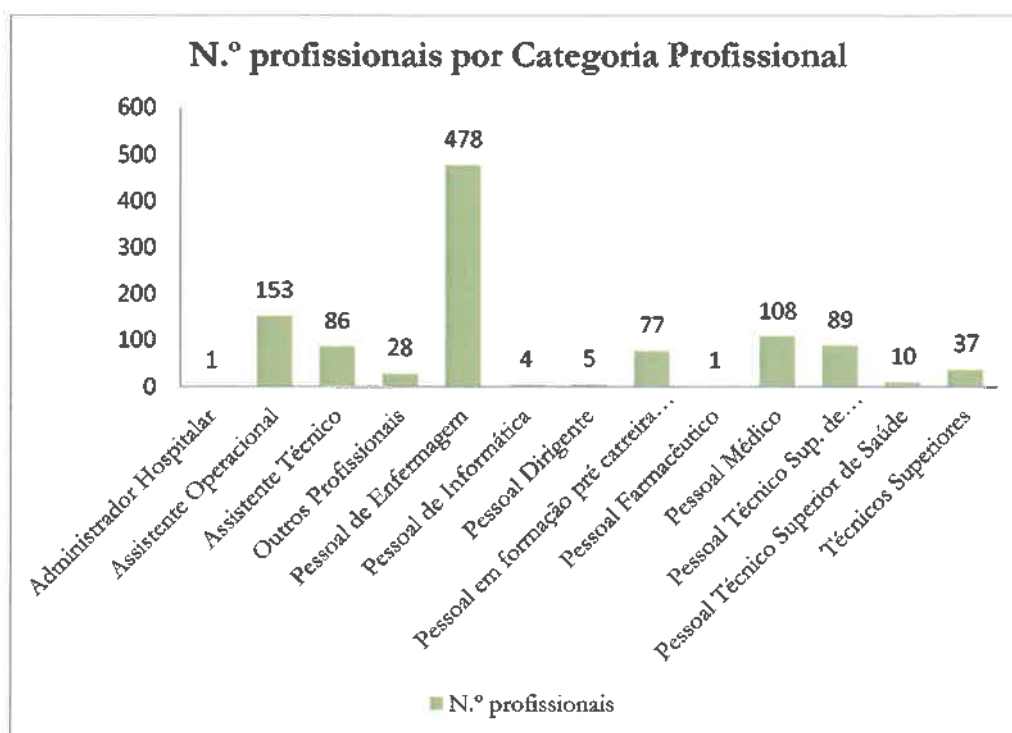
No ano de 2023 foram realizadas várias ações de formação conforme demonstram os gráficos que se apresentam nas páginas seguintes. Toda a formação foi realizada durante o horário de serviço dos colaboradores, num total de cerca de 260 ações.

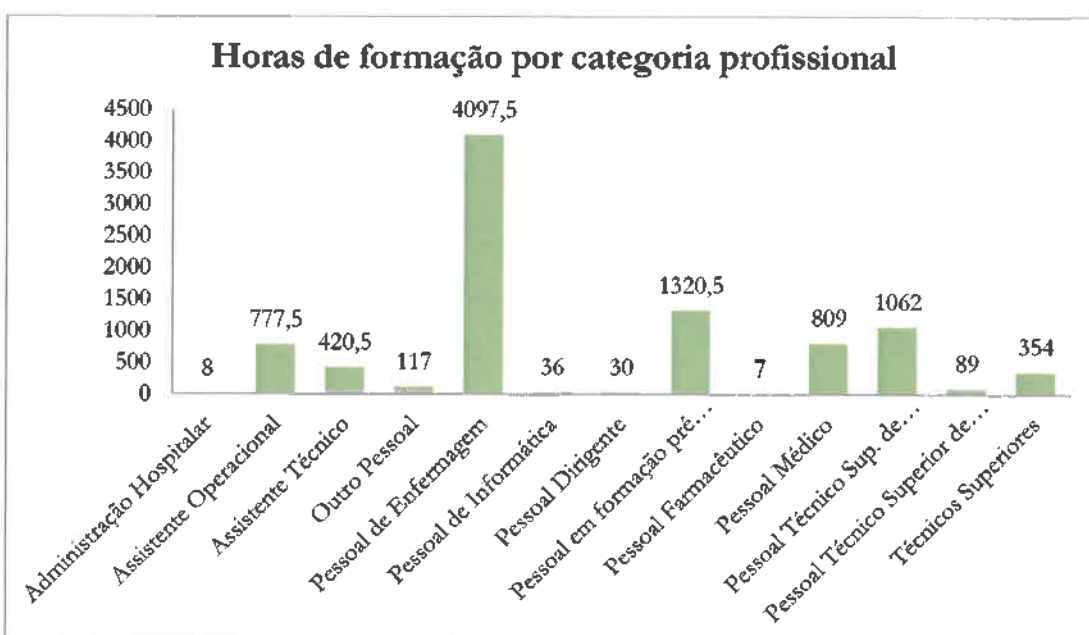
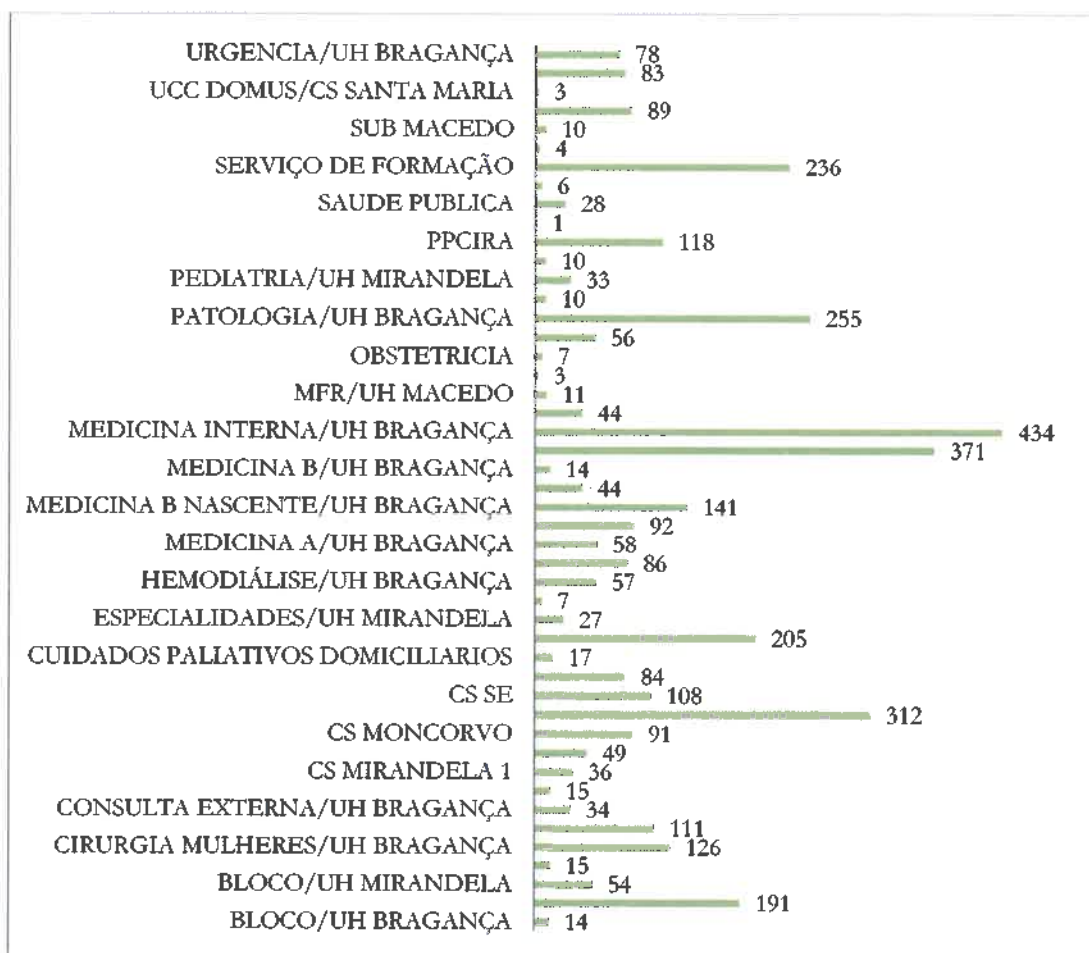
Esta formação foi essencialmente agrupada em vários temas, tais como:

- Controlo de Infecção
- Desenvolvimento Pessoal
- Saúde Escolar
- Prestação de Cuidados
- Emergência
- Sessão Clínica

As formações realizadas no ano de 2023 foram cerca de 260 ações, abrangendo 1077 profissionais, sendo a categoria profissional com mais destaque a de enfermagem.

Os gráficos abaixo são elucidativos do referido.







c) Segurança e Saúde no Trabalho

No domínio da segurança e saúde no trabalho a ULSNE cumpre as normas de segurança, higiene e bem-estar no local de trabalho, promovendo:

- Ações e comportamentos de proteção, prevenção e promoção da saúde;
- Ações para proteger os seus profissionais de comportamentos de terceiros que possam atentar contra a sua integridade física e moral no local de trabalho;
- Ações para proteção contra incêndios e catástrofes.
- Análise e avaliação dos acidentes de trabalho para implementação de medidas capazes de mitigar esse risco.

Foram realizadas ações de formação e sensibilização, individual ou em grupo, em matéria de segurança, na sequência de visitas a instalações e posto de trabalho.

A atualização e revisão dos Planos de Segurança contra incêndios nos edifícios da ULSNE, foram retomados.

d) Igualdade de género

É tarefa fundamental do Estado promover a igualdade entre mulheres e homens, sendo princípio fundamental da Constituição da República Portuguesa e estruturante do Estado de direito democrático a não -discriminação em função do sexo ou da orientação sexual, propósitos que levaram a elaboração e aprovação do Plano Nacional para a Igualdade – Género, Cidadania e Não Discriminação.

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 19/2012, publicada no Diário da República, 1ª série, em 08 de março de 2012, veio determinar a obrigatoriedade de adoção em todas as entidades do setor empresarial do Estado, de um plano para a igualdade, atinente a proporcionar a igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, tendente a eliminar as discriminações em função do género e conducente a facilitar a conciliação da vida pessoal, familiar e profissional.

Foi desenvolvido e implementado na ULSNE, o Plano para a Igualdade, com o intuito de promover e consolidar os princípios da igualdade de género capazes de garantir:

- Não discriminação remuneratória entre mulheres e homens;



- Aproximação do rácio de chefias mulheres e homens nomeados;
- Rejeição de proposta suscetíveis de não garantirem a igualdade de oportunidades e de acesso e progressão nas carreiras entre mulheres e homens;
- Aproximação do rácio de mulheres e homens nomeados para júris ou equipas de seleção;
- Promoção do acesso à formação contínua assegurando a não-discriminação entre mulheres e homens;
- Rejeição de todos os conteúdos comunicacionais que não respeitem a igualdade de género.

O documento orientador referido, Plano para a Igualdade Género 2022 – 2022 da ULSNE encontra-se disponível no site Institucional “([Instrumentos de Gestão Categoria - Unidade Local de Saúde do Nordeste \(min-saude.pt\)](http://instrumentos.de.gestao.categoria-unidade-local-de-saude-do-nordeste.min-saude.pt))”

Não há qualquer diferenciação interna, enquanto entidade empregadora, entre homens e mulheres.

e) Não discriminação e respeito pelos Direitos Humanos

A ULSNE tem instituído diversos mecanismos visando a não discriminação e respeito pelos direitos humanos, designadamente no tocante à liberdade de expressão, liberdade religiosa e cultural, mas também relativamente a outros direitos fundamentais no âmbito da saúde, nomeadamente o direito à informação e o direito a segundo opinião. Estes direitos são assegurados por todos os serviços da ULSNE, destacando-se neste âmbito o Gabinete de Apoio ao Cidadão e o Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa.

Efetivamente, a ULSNE implementou vários procedimentos, no âmbito do seu Manual de Qualidade, que visam assegurar, por partes dos seus profissionais, a garantia de respeito pelos direitos atrás referidos.

O procedimento *PRO.049.GDND* assegura o respeito pelas necessidades espirituais dos doentes. O Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa tem aqui um papel importante. Ainda que o mesmo seja vocacionado essencialmente para a religião maioritariamente praticada na área de intervenção da ULSNE, a religião católica, o referido procedimento sensibiliza os



Di
m
[Signature]
[Signature]

profissionais para a necessidade de respeito para outro tipo de cultos e tradições, prevendo mecanismos de intervenção para tais situações. O mesmo procedimento sensibiliza também os profissionais para a não discriminação e necessidade de respeito pela diversidade étnica, de género e cultural.

O procedimento *PRO.024.GDND* estabelece as normas de acesso a informação a todos os utentes, designadamente no que diz respeito à carta dos direitos dos utentes e à carta dos direitos das crianças.

Este procedimento é complementado pelo procedimento “*PRO.019.GDND*” que define as orientações e normas de atuação em casos de doentes que não comuniquem em Português, assegurando assim um atendimento igual e universal a todas as pessoas que recorrem aos serviços da ULSNE.

d) Combate à corrupção e à tentativa de suborno

O Conselho de Administração divulgou, interna e externamente, o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC).

De acordo com a Recomendação do Conselho de Prevenção de Corrupção, a ULSNE tem em vigor o PGRCIC no sentido de materializar e sistematizar elementos instrumentais que pugnem pelo respeito, pelos princípios do interesse público e pela mitigação dos riscos de corrupção e de infrações conexas, esperando-se da sua implementação resultados na prevenção destes fenómenos nos processos de gestão e cultura institucional da ULS do Nordeste.

Este documento está disponível no sítio da internet da ULSNE e aí consultável. Internamente consta disponível na Intranet, estando planeadas ações de divulgação/formação durante o ano de 2023.

O PGRCIC está alinhado com os demais mecanismos de controlo interno da ULSNE, para que se constituam numa ação integrada de proteção dos ativos da instituição e de auxílio à concretização da visão, missão e objetivos estratégicos da instituição.



O PGRIC serve assim o propósito de constituir uma ação sistematizada e abrangente de deteção, prevenção e mitigação dos riscos de corrupção e infrações conexas na ULSNE, garantindo que as atividades prosseguidas se pautam pelo estrito respeito por princípios de interesse geral, objetivando que tais riscos não comprometem o cumprimento dos objetivos da instituição.

Nesta base, o PGRIC concretiza, para cada risco identificado, propostas específicas para prevenir a sua ocorrência e/ou para mitigar os seus impactos, possibilitando ao Conselho de Administração a constituição de um instrumento pelo qual pode estabelecer critérios de avaliação e gestão dos riscos detetados, priorizando a tomada de medidas de mitigação dos efeitos adversos que estes representam, ações direcionadas com base nos objetivos a que a ULSNE está vinculada a concretizar.

O Conselho de Administração

ano de 2023

Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração

Paulo Regão
Vogal Executivo do
Conselho de Administração

Anexo 3

Objetivos definidos pelo acionista para o ano de 2023 – Acordo Modificativo 2023

Assinado por: CARLOS ALBERTO VAZ
Número de identificação: 04594740
Data: 2023-11-22 17:35:58 +00'00"

Anexo ao Contrato-programa

Cláusulas específicas para o ano 2023



Cláusula 1ª

Produção contratada

1. A ULS obriga-se a assegurar a produção correspondente às prestações de saúde que constam do presente Anexo e respetivos Apêndices.
2. A ULS assume a responsabilidade financeira decorrente de todas as intervenções cirúrgicas realizadas por terceiros (outros hospitais do SNS ou entidades convencionadas com o SNS) aos utentes inscritos na sua Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), respeitando as regras definidas no âmbito do Sistema Integrado de Gestão do Acesso.
3. Ao valor do Contrato-programa para 2023, bem como aos respetivos adiantamentos previstos na cláusula 7ª do presente Anexo, são deduzidos os montantes relativos aos episódios cirúrgicos programados correspondentes a utentes inscritos na LIC da ULS, e realizados por terceiros, de acordo com a tabela de preços e as regras em vigor no SIGA, vertente cirúrgica.
4. A ULS, enquanto hospital de destino público no âmbito do SIGA, pode faturar no Contrato-programa, em 2023, o valor dos episódios cirúrgicos programados correspondentes a utentes inscritos na LIC do hospital de origem, nos seguintes termos:
 - a) Acresce integralmente ao valor contratado, não sendo abrangido pelo princípio do orçamento global;
 - b) Não é considerado para efeitos das demonstrações financeiras anexas ao presente Acordo-Modificativo nem para a atualização das metas fixadas para os objetivos de eficiência económico-financeira contratualizados.
5. Ao valor dos adiantamentos previstos na cláusula 7ª do presente Anexo, são deduzidos os montantes relativos aos episódios cirúrgicos programados correspondentes a utentes inscritos na LIC da ULS e realizados por entidades do setor convencionado do SNS, nos termos e para os efeitos do artigo 595.º do Código Civil com renúncia do direito ao distrato previsto no artigo 596.º do mesmo Código.
6. A produção realizada ao nível dos MCDT, prescrita por Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), que não os da sua área de abrangência, é faturada fora do âmbito do Contrato-programa às ARS aos preços pagos pelo SNS às entidades convencionadas, deduzidos de 10%.
7. A produção realizada no âmbito dos Acordos internacionais que vinculam o Estado Português é faturada fora do âmbito do presente Contrato-programa à ACSS, nos termos e condições que venham a ser determinados pelo Ministério da Saúde.
8. A ULS assume as dívidas resultantes dos contratos em vigor com as unidades do setor social integradas no Programa de Gestão de Doentes Mentais Institucionalizados, de acordo com a metodologia de financiamento para estes doentes, fixada pela ACSS, nos termos e para os efeitos do artigo 595.º do Código Civil com renúncia do direito ao distrato previsto no artigo 596.º do mesmo Código.

Cláusula 2ª

Remuneração

1. Como contrapartida pela produção contratada, a ULS receberá o valor de 123.773.051,00 € no ano de 2023, correspondente ao valor per capita da população residente, que totaliza 136.252 habitantes, ao qual poderá acrescer o valor de episódios cirúrgicos programados correspondentes a utentes inscritos na LIC de outro Hospital de origem.

2. O montante da remuneração referido no ponto anterior, inclui valor destinado à formação de internos.

3. As regras e procedimentos relativos à remuneração da produção contratada são definidas por Circular Normativa a publicar pela ACSS.

Clausula 3ª

Sustentabilidade económico-financeira

1. A ULS compromete-se a:

a) Não acumular novas dívidas a fornecedores nem novos pagamentos em atraso em 2023, por reporte aos valores verificados em 31 de dezembro de 2022;

b) Efetuar o pagamento das dívidas em atraso tendo em conta a antiguidade das mesmas;

c) Respeitar os gastos operacionais relevantes para o cálculo do valor de EBITDA, não devendo estes gastos exceder o valor de 128.168.853,79 € no final de 2023;

d) Incentivar a obtenção de rendimentos operacionais próprios da ULS aumentando as receitas extra Contrato-programa;

e) Alcançar um EBITDA no valor de 367.650,90 € em 2023;

f) Tomar novas medidas de gestão que possibilitem atingir o disposto na alínea anterior;

g) Fazer uma gestão de tesouraria adequada, de forma a garantir que não existem saídos excessivos a par da persistência de dívida vencida a fornecedores.

2. Para efeitos do número anterior, a ULS compromete-se a informar, trimestralmente, a ACSS e a respetiva ARS quanto à execução das medidas adotadas para assegurar os objetivos referidos no número anterior, assim como o seu nível de cumprimento.

3. O incumprimento do previsto na alínea a) do número 1, da presente cláusula, dará lugar à retenção no adiantamento mensal do Contrato-programa, no valor dos novos pagamentos em atraso acumulados no ano, sendo o valor retido destinado ao pagamento daquelas dívidas.

Clausula 4ª

Objetivos

1. A ULS fica vinculada ao cumprimento dos objetivos de acesso, desempenho assistencial e eficiência, assim como à matriz multidimensional aplicável no âmbito dos cuidados de saúde primários, nos termos do Apêndice II e de acordo com metodologia a definir em sede de acompanhamento da execução do Acordo Modificativo.

2. Estes objetivos incluem igualmente, objetivos de desempenho do serviço de urgência.

Cláusula 5ª

Penalidades

1. A ULS fica sujeita à aplicação de penalidades até um máximo total correspondente a 3% do valor do Contrato-programa calculadas nos termos previstos no Apêndice IV, pelo incumprimento das seguintes obrigações:

- a) Operacionalização dos programas de promoção e adequação do acesso, previstos na Cláusula 9ª do Contrato-programa;
- b) Registo, consulta e partilha de informação.

2. Para efeitos do disposto no n.º3 da Cláusula 19ª do Contrato-programa, a ULS está obrigada, no presente ano, a codificar, agrupar e auditar a atividade realizada no prazo máximo de 30 dias após a alta do episódio objeto de codificação.

Cláusula 6ª

Programas específicos

A ULS recebe um pagamento autónomo correspondente à atividade assistencial prestada no âmbito dos programas específicos constantes do Apêndice III.

Cláusula 7ª

Pagamentos

1. A ULS recebe mensalmente, a título de adiantamento, por conta do valor contratualizado através do presente Contrato-programa, durante o ano de 2023, o valor resultante da percentagem de adiantamento anual que vier a ser estabelecida.

2. O valor do adiantamento referido no n.º1 da presente Cláusula pode variar em função da faturação emitida e verificada pela ACSS I.P. e em função do previsto nos n.ºs 3 e 5 da cláusula 1ª do presente Anexo.

Cláusula 8ª

Deduções ao adiantamento por dívidas

1. A ULS autoriza, desde já, a ACSS a deduzir, por qualquer meio, aos valores do adiantamento mensal a totalidade ou parte dos valores da dívida vencida resultante de:

- a) Compras centralizadas de medicamentos;
- b) Prestação de serviços por entidades integradas no SNS;
- c) Prestação de serviços por entidades convencionadas do SNS.

2. Os valores retidos nos termos do número anterior serão utilizados no pagamento às instituições credoras e considerados como adiantamentos realizados pela ACSS ao Contrato-programa da entidade.

APÊNDICE I
Atividade Hospitalar

Instituição:

Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE

Consolidação 2023

	Doentes Equivalentes			Preço Unitário (€)	Quantidade	Valor (€)
	ICM	N.º	%			
1. Consultas Externas:						
N.º de 1.ªs consultas médicas (s/ majoração)				45,00 €	22.050	
N.º de 1.ªs consultas referenciadas (C.T.H.)				50,00 €	14.800	
N.º de 1.ªs consultas (Telemedicina)				50,00 €		
N.º de 1.ªs consultas na comunidade (Saúde mental)				54,00 €		
N.º de 1.ªs consultas descentralizadas				54,00 €	160	
N.º de 1.ªs consultas Cuidados Paliativos				54,00 €	50	
N.º de 1.ªs consultas CRe				54,00 €		
N.º de 1.ªs consultas CRI				54,00 €		
N.º de consultas subsequentes médicas (s/majoração)				45,00 €	58.500	
N.º de consultas subsequentes (Telemedicina)				50,00 €		
N.º de consultas subsequentes na comunidade (Saúde mental)				54,00 €		
N.º de consultas subsequentes descentralizadas				54,00 €	555	
N.º de consultas subsequentes Cuidados Paliativos				54,00 €	145	
N.º de consultas subsequentes CRe				50,00 €		
N.º de consultas subsequentes CRI				50,00 €		
2. Internamento:						
Doentes Saídos						
GDH Médicos	0,7702	0.530	96,21%	3.120,00 €	8.850	
GDH Médicos Cuidados Paliativos	0,7702		96,21%	3.276,00 €		
GDH Médicos CRe	0,7702		96,21%	3.276,00 €		
GDH Médicos CRI	0,7702		96,21%	3.276,00 €		
GDH Cirúrgicos	0,7702	1.424	96,21%	3.120,00 €	1.480	
GDH Cirúrgicos CRe	0,7702		96,21%	3.276,00 €		
GDH Cirúrgicos CRI	0,7702		96,21%	3.276,00 €		
GDH Cirúrgicos Urgentes	0,7702	1.213	96,21%	2.964,00 €	1.261	
GDH Cirúrgicos Urgentes CRe	0,7702		96,21%	3.112,00 €		
GDH Cirúrgicos Urgentes CRI	0,7702		96,21%	3.112,00 €		
Dias de internamento de Doentes Crónicos						
Doentes Medicina Física e Reabilitação				224,00 €		
Doentes de Psiquiatria Cuidados no Hospital				65,00 €	13.500	
Doentes de Psiquiatria no Exterior (Ordens Religiosas)				65,00 €		
Doentes de Psiquiatria no Exterior (Outras inst.)				65,00 €		
Doentes Crónicos ventilados				266,00 €		
Doentes de Reabilitação Psicossocial				65,00 €		
Doentes Crónicos de Hansen				78,00 €		
3. Episódios de GDH de Ambulatório:						
GDH Cirúrgicos	0,6085			3.120,00 €	4.775	
GDH Cirúrgicos CRe	0,6085			3.276,00 €		
GDH Cirúrgicos CRI	0,6085			3.276,00 €		
GDH Médicos	0,1972			3.120,00 €	570	
GDH Médicos CRe	0,1972			3.276,00 €		
GDH Médicos CRI	0,1972			3.276,00 €		
4. Urgências:						
Atendimentos (SU - Polivalente)				18.530Me/170.000		
Atendimentos (SU - Médico-Cirúrgica)				5.450Me/100.000	58.895	
Atendimentos (SU - Básica)				1.529Me/35.000 e	27.255	
4.1 Urgências (CRI):						

Atendimentos (SU - Polivalente) (CRI)				20.383M€/170.000 ep		
Atendimentos (SU - Médico-Cirúrgica) (CRI)				5.995M€/100.000 ep		
Atendimentos (SU - Básica) (CRI)				1.682M€/35.000 ep		
B. Serviços em Hospital de Dia:						
Base				22,00 €	4 641	
Hematologia				321,00 €		
Imuno-Hemoterapia				321,00 €		
Psiquiatria				33,00 €		
Psiquiatria - Unidades Socio-Ocupacionais				33,00 €		
Valor Total do Hospital de Dia						
C. Programas de Gestão da Doença Crónica						
VHT/Sida (doentes em TARV equivalente/ano)				6.237,00 €	7	
Hepatite C (doentes tratados)				7.199,00 €	14	
Hipertensão Arterial Pulmonar - doentes em terapêutica						
Pré-tratamento/seguinte 1º ano				8.744,00 €		
Seguinte após 1º ano CFS III				23.457,00 €		
Seguinte após 1º ano CFS IV				189.065,00 €		
Esclerose múltipla - doentes em terapêutica modificadora				12.875,00 €	44	
Tratamento de doentes c/ patologia oncológica - Doentes equivalentes/ano						
Cancro da mama (1º ano)				10.731,00 €		
Cancro da mama (2º ano)				4.307,00 €		
Cancro do colon e reto (1º ano)				12.342,00 €		
Cancro do colon e reto (2º ano)				5.455,00 €		
Cancro do colo do útero (1º ano)				13.129,00 €		
Cancro do colo do útero (2º ano)				3.878,00 €		
Cancro da Próstata (1º ano)				6.895,00 €		
Cancro da Próstata (2º ano)				1.884,00 €		
Cancro do Pulmão (1º ano)				16.456,00 €		
Cancro do Pulmão (2º ano)				4.802,00 €		
Mieloma (1º ano)				27.188,00 €		
Mieloma (2º ano)				11.670,00 €		
Rastreios - Nº de Rastreios						
Rastreio do Cancro do Colo do Útero				74,00 €		
Rastreio do Cancro do Colon e Reto				413,00 €	150	
Telemonitorização DPOC						
Elementos de Telemonitorização				1.415,00 €		
Nº de doentes em tratamento (doente tratado/ano)				2.242,00 €		
Telemonitorização EAM						
Elementos de Telemonitorização				3.703,00 €		
Nº de doentes em tratamento (doente tratado/ano)				1.485,00 €		
Telemonitorização ICC						
Elementos de Telemonitorização				1.770,00 €		
Nº de doentes em tratamento (doente tratado/ano)				1.465,00 €		
PSCI (Centros de Tratamento autorizados pela GGS)						
Nº Doentes Equivalentes/Ano Doentes Novos (Cuidados 1º ano)						
Tipo 1 - PSCI - Débito Normal - 1º Ano				1.518,00 €		
Tipo 2 - 2B - PSCI Adesiva - 1º Ano				3.908,00 €		
Tipo 3 - 3B - PSCI de suspensão preditiva com CGM (1º Ano)				7.410,00 €		
Nº Doentes Equivalentes/Ano Doentes em Seguinte (Cuidados 2º ano e seguintes)						
Tipo 1 - PSCI - Débito Normal - (2º Ano e seguintes)				1.088,00 €		
Tipo 2 - 2B - PSCI Adesiva - (2º Ano e seguintes)				2.782,00 €		
Tipo 3 - 3B - PSCI de suspensão preditiva com CGM (2º Ano e seguintes)				4.441,00 €		
Programa Terapêutico PAF1						
PAF1 Doentes em tratamento (equivalente/ano)				92.285,00 €		

4
SA
SP
Ser

Doenças Lisossomais de Sobrecarga (doentes em tratamento Eq./ano) - CRe					
Doença de Gaucher				264 447,00 €	
Doença de Fabry				176 534,00 €	
Doença de Hurler				245 983,00 €	
Doença de Hunter				496 814,00 €	
Doença de Maroteaux-Lamy				610 624,00 €	
Doença de Niemann-Pick				57 263,00 €	
Doença de Pompe				303 720,00 €	
Doenças Lisossomais de Sobre Carga CTP -CRe (doentes em tratamento Eq./ano)					
Doença de Gaucher (CRe)				262 263,00 €	
Doença de Fabry (CRe)				174 540,00 €	
Doença de Hurler (CRe)				242 929,00 €	
Doença de Hunter (CRe)				493 459,00 €	
Doença de Maroteaux-Lamy (CRe)				607 596,00 €	
Doença de Niemann-Pick (CRe)				55 579,00 €	
Doença de Pompe (CRe)				302 067,00 €	
Doenças Lisossomais de Sobrecarga CTP (doentes em tratamento Eq./ano)					
Doença de Gaucher CTP				2 256,00 €	1
Doença de Fabry CTP				2 026,00 €	
Doença de Hurler CTP				3 087,00 €	
Doença de Hunter CTP				3 087,00 €	
Doença de Maroteaux-Lamy CTP				3 087,00 €	
Doença de Niemann-Pick CTP				1 718,00 €	
Doença de Pompe CTP				1 685,00 €	
Distúrbios Mentais Graves					
Psicoses Esquizofrénicas (doente equivalente/ano)				1 659,00 €	
Psicoses Afetivas (doente equivalente/ano)				1 130,00 €	
Psicoses não Orgânicas (doente equivalente/ano)				873,60 €	
7. Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO)					
Pré-avaliação + Cirurgia Bariátrica Banda Gástrica				3 512,00 €	
Cirurgia Bariátrica - Banda Gástrica - 1º Ano Follow Up				586,00 €	
Cirurgia Bariátrica - Banda Gástrica - 2º Ano Follow Up				586,00 €	
Cirurgia Bariátrica - Banda Gástrica - 3º Ano Follow Up				1 171,00 €	
Pré-avaliação + Cirurgia Bariátrica Bypass Gástrico				4 487,00 €	
Cirurgia Bariátrica - Bypass Gástrico - 1º Ano Follow Up				745,00 €	
Cirurgia Bariátrica - Bypass Gástrico - 2º Ano Follow Up				745,00 €	
Cirurgia Bariátrica - Bypass Gástrico - 3º Ano Follow Up				1 489,00 €	
PTCO - Outras Técnicas					
PTCO - Outras Técnicas Modelo 1				3 512,00 €	
PTCO - Outras Técnicas Modelo 1 - 1º ano de follow-up				586,00 €	
PTCO - Outras Técnicas Modelo 1 - 2º ano de follow-up				586,00 €	
PTCO - Outras Técnicas Modelo 1 - 3º ano de follow-up				1 171,00 €	
PTCO - Outras Técnicas Modelo 2				4 487,00 €	
PTCO - Outras Técnicas Modelo 2 - 1º ano de follow-up				745,00 €	
PTCO - Outras Técnicas Modelo 2 - 2º ano de follow-up				745,00 €	
PTCO - Outras Técnicas Modelo 2 - 3º ano de follow-up				1 489,00 €	
8. PMA - Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade					
Consultas de Apoio à Fertilidade				764,00 €	25
Induções da Ovulação (IO)				146,00 €	
Inseminações Intra-Uterinas (IUI)				366,00 €	
Fertilizações In Vitro (FIV)				2 902,00 €	
Injeções intra Citoplasmáticas de Espermatozoides (ICSI)				3 723,00 €	

injeções Intra-Citoplasmáticas de Espermatozoides recolhidos cirurgicamente (ICSI c/ recolha cirúrgica)				4 046,00 €		
injeções Intra-Citoplasmáticas de Espermatozoides recolhidos cirurgicamente com Teste Genético pré-implantação (ICSI c/ PGT)				4 961,00 €		
Preservação do Potencial Reprodutivo por motivo de doença grave				1 357,00 €		
Bancos de Gâmetas						
Gâmetas Masculinos (packs)				1 534,00 €		
Gâmetas Femininos (packs)				3 085,00 €		
9. Saúde Sexual e Reprodutiva						
IVG até 10 semanas						
Medicamentosa (n.º I.V.G.)				309,00 €	100	
Cirúrgica (n.º I.V.G.)				402,00 €		
Diagnóstico Pré-Natal						
Protocolo I				42,00 €	400	
Protocolo II				108,00 €	200	
10. Sessões de Radioncologia						
Tratamentos simples				114,00 €		
Tratamentos complexos				275,00 €		
11. Substituição Implantes Oculares						
Implante ocular unilateral				20 476,00 €		
Implante ocular bilateral				35 490,00 €		
12. Serviços Domiciliários						
Consultas Domiciliárias				42,00 €		
Hospitalização domiciliar	0,7702	96	96,21%	3 120,00 €	100	
14. Outros:						
Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA)						25 000,00 €
Programa de Incentivo à Integração de Cuidados						
Valor Capitação (sem incentivos nem Internos)						110 858 584,00 €
Incentivos institucionais						12 377 305,00 €
Qualidade						7 426 383,00 €
Eficiência/Sustentabilidade						4 950 922,00 €
Valor Internos						1 337 182,00 €
Valor Capitação						123 773 051,00 €

APÊNDICE II

Objetivos de Acesso, Desempenho Assistencial e Eficiência



Instituição:

Unidade Local de Saúde do Nordeste - EPE

Contratualização 2023

	Peso Relativo (%)	Meta
1. Cuidados de Saúde Primários	40,00	
Componente avaliada através do resultado do Índice de Desempenho Global (%) apurado para a matriz multidimensional dos ACES no âmbito da contratualização dos cuidados primários, face à meta global negociada com a respetiva ARS.		
2. Cuidados Hospitalares	60,00	
Objectivos Nacionais	Pesos Relativos (%)	Meta
Acesso e Desempenho Assistencial	60,00	
A. Acesso	21,00	
A.1. Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	3,60	60,0
A.2. Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)	3,60	65,0
A.3. Percentagem de utentes em Lista de Insultos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG	3,60	80,0
A.4. Percentagem de doentes operados dentro do TMRG	3,60	90,0
A.5. Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	3,60	80,0
A.6. Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA em tempo adequado (até 2 dias úteis), no total de doentes referenciados para a RNCCI	3,00	15,0
B. Desempenho Assistencial	9,00	
B.1. Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico	1,50	3,70
B.2. Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório (GDH), para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	1,50	24,0
B.3. Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	1,50	80,0
B.4. Índice de mortalidade ajustada	1,50	1.0000
B.5. Índice de demora média ajustada	1,50	1.0000
B.6. Demora média antes da cirurgia	1,50	1,00
C. Desempenho Económico/Financeiro	10,00	
C.1. Gastos operacionais por residente	2,50	Valor do melhor 60 grupo
C.2. Doente padrão por médico ETC	2,50	70,0
C.3. Doente padrão por enfermeiro ETC	2,50	25,0
C.4. Percentagem de Gastos com trabalho extraordinário, suplementos e FSE (seleccionados) no total de gastos com pessoal	2,50	26,2
D. Resultados em internamentos, consultas hospitalares e urgências evitáveis	20,00	
D.1 Taxa de internamento por complicações agudas da diabetes	2,00	21,0
D.2 Taxa de internamento por diabetes não controlada	2,00	13,0
D.3 Taxa de internamento por asma ou DPOC em adultos	2,00	108,8
D.4 Taxa de internamento por asma em jovens adultos	2,00	4,8
D.5 Taxa de internamento por hipertensão arterial	2,00	11,7
D.6 Taxa de internamento por insuficiência cardíaca congestiva	2,00	276,8
D.7 Taxa de internamento por pneumonia	2,00	290,8
D.8 Taxa de internamento por complicações crónicas da diabetes	2,00	36,1
D.9 % de especialidades (categorias) com protocolos clínicos de referência ascendente e descendente elaborados	2,00	100,0
D.10 % de utilizadores frequentes do serviço de urgência (> 4 episódios no último ano) com plano de cuidados estabelecido entre os cuidados primários e os hospitais	2,00	6,8

Objetivos de Desempenho do Serviço de Urgência

	Pesos Relativos (%)	Meta
U.1 Peso dos episódios de urgência com prioridade atribuída Verde/Azul/Branca	20,00	40,0
U.2 Peso dos episódios de urgência com internamento	20,00	8,0
U.3. Percentagem de episódios de urgência dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	20,00	80,0
U.4. Peso dos utilizadores frequentes (> 4 episódios), no total de utilizadores do Serviço Urgência	20,00	4,0
U.5 Rácio Consultas Externas/ episódios de urgência	20,00	1,0

APÊNDICE III
Programas Específicos



Assistência Médica no Estrangeiro

Convenções Internacionais

Incentivos aos Transplantes

Faturação de MCDT realizados por prescrição dos ACES, no âmbito da GPRSNS

Patologia Oncológica da Cabeça e Pescoço

APÊNDICE IV
Penalidades



Nos termos do n.º 1 da Cláusula 5ª do presente Anexo, a ULS incorre em penalidades num valor até um máximo de 3% do valor do Acordo Modificativo pelo incumprimento das seguintes obrigações:

Áreas	Obrigação	Penalidades (P)
A. Programas de promoção e adequação do acesso (70%)	A.1 SIGA – Resolução da Lista de Insultos para Cirurgia (LIC) com mais de 1 ano (10%)	Insultos em LIC com tempo de Espera > 365 dias (1 ano) > 0 P = valor contrato x 3% x 10%
	A.2 SIGA – Redução de cancelamentos de insultos em LIC, face a 2022, em pelo menos 10% (10%)	Variação do nº de cancelamentos > -10% P = valor contrato x 3% x 10%
	A.3 SIGA – Redução de 25% no número de agendamentos para cirurgia que são cancelados, face a 2022 (10%)	Variação do nº de agendamentos para cirurgia cancelados > -25% P = valor contrato x 3% x 10%
	A.4 SIGA – Resolução da Lista de Espera para Consulta (LEC) com mais de 9 meses (10%)	Insultos em LEC Com Tempo de Espera > 270 dias (9 meses) > 0 P = valor CP x 3% x 10%
	A.5 RNCCI – Tempo médio de avaliação das EGA <= 2 dias úteis (10%)	Tempo médio de avaliação das EGA > 2 dias úteis P = valor contrato x 3% x 10%
	A.6 Paliativos – Tempo médio de resposta da EIHSCP <= 48 horas dias úteis (ou 72 h fids) (10%)	Tempo médio de resposta da EIHSCP > 48h P = valor contrato x 3% x 10%
	A.7 Variação dos encargos SNS com medicamentos biológicos, face a 2022 (10%)	Variação dos encargos > Variação média nacional P = valor contrato x 3% x 10%
B. Registo, consulta e partilha de informação (30%)	B.1 RON – Percentagem de registos oncológicos completos no RON (10%)	% de registos oncológicos completos < 85% P = valor contrato x 3% x 10%
	B.2 Percentagem de episódios de urgência com consulta à PDS/RCE (4%)	Consultas PDS/RCE < 75% P = valor contrato x 3% x 4%
	B.3 Percentagem de episódios de consulta externa com consulta à PDS/RCE (4%)	Consultas PDS/RCE < 75% P = valor contrato x 3% x 4%
	B.4 % Notícias de nascimento, no total partos (6%)	Notícias de nascimento < 85% P = valor contrato x 3% x 6%
	B.5 Taxa de registo de utilização da "Lista de verificação Segurança Cirúrgica" (6%)	Taxa de registo < 95% P = valor contrato x 3% x 6%

APÊNDICE V

CONCEITOS ASSOCIADOS ÀS PRESTAÇÕES DE SAÚDE

São considerados, de acordo com o Sistema de Metainformação do Instituto Nacional de Estatística, I.P. (INE), os seguintes conceitos associados às prestações de saúde.

Internamento e Ambulatório Cirúrgico e Médico:

1. Entende-se por doente internado o indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, que ocupa cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico ou tratamento, com permanência de pelo menos 24 horas.
2. Entende-se por cirurgia um ou mais atos cirúrgicos, realizados sob anestesia geral, loco-regional ou local, com o mesmo objetivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizado(s) por médico cirurgião em sala operatória.
3. Entende-se por cirurgia de ambulatório uma cirurgia programada que embora habitualmente efetuada em regime de internamento é realizada em regime de admissão e alta num período inferior a 24 horas, em instalações próprias e condições de segurança de acordo com a atual prática clínica.
4. Entende-se por ambulatório médico os episódios com permanência do doente inferior a 24 horas e com admissão programada, classificados em GDH que apresentem preço para ambulatório e cujos procedimentos efetuados constem da lista de procedimentos da Tabela II do Anexo II do Regulamento da tabela de preços do SNS em vigor.

Intervenção Cirúrgica:

1. Entende-se por intervenção cirúrgica ou cirurgia, um ou mais atos cirúrgicos, com o mesmo objetivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizado(s) por médico cirurgião em sala operatória na mesma sessão.

Consultas Externas Médicas:

1. Entende-se por consulta médica, um ato em saúde no qual o médico avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde, sendo realizada no âmbito de uma especialidade ou subespecialidade de base hospitalar que deve decorrer de indicação clínica.
2. Entende-se por primeira consulta no hospital, uma consulta médica em que o indivíduo é examinado pela primeira vez numa determinada especialidade em medicina, no âmbito de um episódio clínico.
3. Entende-se por consulta subsequente no hospital, uma consulta médica para verificação da evolução do estado de saúde do doente, prescrição terapêutica e/ou preventiva, tendo como referência a primeira consulta do episódio clínico.

Serviço de Urgência:

1. Entende-se como serviço de urgência de um hospital, uma unidade funcional clínica de um estabelecimento de saúde dotado de meios físicos, técnicos e humanos especializados, para tratamento de situações de urgência, que presta cuidados de saúde a indivíduos que acedem do exterior com alteração súbita ou agravamento do estado de saúde, a qualquer hora do dia ou da noite durante 24 horas.

2. Entende-se como episódio de urgência o conjunto de eventos, atos e correspondentes registos e documentos, relacionados com a prestação de cuidados de saúde a um indivíduo, que decorrem num serviço de urgência num determinado período de tempo.

Sessões de Hospital de Dia:

1. Entende-se como sessão de hospital de dia, uma sessão enquadrada num plano de cuidados individual realizado numa unidade orgânico-funcional de um estabelecimento de saúde, com espaço físico próprio e meios técnicos e humanos qualificados, onde o doente recebe cuidados de saúde de diagnóstico ou terapêutica, de forma programada, e permanece sob vigilância médica ou de enfermagem, por um período inferior a 24 horas.

Programas de Saúde:

É considerado o seguinte conceito associado a programas de saúde:

1. Entende-se como programa de vigilância em saúde, um programa no âmbito da saúde que consiste num conjunto de atividades dirigidas a determinados grupos vulneráveis ou de risco, segundo orientações técnicas oficiais, e que se insere num processo assistencial pré-definido, seja ele de prevenção de doença, de terapêutica ou de reabilitação.

APÊNDICE VI
Demonstração Previsional De Resultados - Gastos



Instituição:

Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE

Contratualização 2023

	Valor Estimado 2022	Valor Contratualizado 2023	% Var 2023 / 2022
60 - Transferências e subsídios concedidos	0,00 €		
% S/ Total Geral	0,0%		
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	16 773 317,85 €	17 360 311,77 €	3,5%
61.1 - Mercadorias	0,00 €		
61.2 - Matérias-primas, subsidiárias e de consumo	16 773 317,85 €	17 360 311,77 €	3,5%
61.2.4 - Matérias de consumo específico dos serviços de saúde	16 773 317,85 €	17 360 311,77 €	3,5%
61.2.4.1 - Produtos farmacêuticos	10 311 713,29 €	10 672 623,26 €	3,5%
61.2.4.1.1 - Medicamentos	6 693 020,96 €	6 927 276,69 €	3,5%
61.2.4.1.2 - Reagentes e produtos de diagnóstico rápido	3 618 692,33 €	3 745 346,57 €	3,5%
61.2.4.1.9 - Outros produtos farmacêuticos	0,00 €	0,00 €	
61.2.4.2 - Material de consumo clínico	5 806 575,06 €	6 008 895,19 €	3,5%
61.2.4.3 - Material de consumo hoteleiro	395 108,40 €	408 935,12 €	3,5%
61.2.4.4 - Material de consumo administrativo	127 660,31 €	132 126,42 €	3,5%
61.2.4.5 - Material de Manutenção e Conservação	132 193,02 €	136 819,78 €	3,5%
61.2.4.9 - Outro material de consumo	89,77 €	0,00 €	100,0%
61.2.6 - Alimentação - géneros para confeção	0,00 €	0,00 €	
61.3 - Ativos biológicos	0,00 €	0,00 €	
Sub-Total	16 773 317,85 €	17 360 311,77 €	3,5%
% S/ Total Geral	15,0%	15,0%	
62 - Subcontratos e concessões de serviços	12 458 381,37 €	12 894 424,73 €	3,5%
62.1 - Serviços de saúde	12 458 381,37 €	12 894 424,73 €	3,5%
62.1.1 - Meios complementares de diagnóstico	6 896 331,09 €	7 139 772,68 €	3,5%
62.1.1.1 - Patologia clínica	1 726 156,65 €	1 788 642,34 €	3,5%
62.1.1.1.2 - Anatomia patológica	54 194,03 €	56 090,82 €	3,5%
62.1.1.1.3 - Imagiologia	3 167 349,90 €	3 278 207,15 €	3,5%
62.1.1.1.4 - Cardiologia	337 323,56 €	349 129,88 €	3,5%
62.1.1.1.5 - Electroencefalografia	20 850,43 €	21 580,20 €	3,5%
62.1.1.1.6 - Medicina nuclear	151 354,49 €	156 651,80 €	3,5%
62.1.1.1.7 - Gastroenterologia	1 404 723,58 €	1 453 888,91 €	3,5%
62.1.1.1.8 - Pneumologia / Imunopatologia	4 828,54 €	5 101,94 €	3,5%
62.1.1.1.9 - Outros Meios de Diagnóstico	20 449,60 €	20 480,54 €	3,5%
62.1.1.2 - Meios complementares de terapêutica	5 323 108,04 €	5 509 416,82 €	3,5%
62.1.1.2.1 - Hemodiálise	3 218 230,68 €	3 330 868,97 €	3,5%
62.1.1.2.2 - Medicina física e de reabilitação	45 202,79 €	46 784,89 €	3,5%
62.1.1.2.3 - Uroterapia	0,00 €	0,00 €	
62.1.1.2.9 - Outros Meios Comp. de terapêutica	0,00 €	0,00 €	
62.1.1.4 - Produtos Fornecidos por Farmácias Hospitalares	59 885,38 €	61 981,37 €	3,5%
62.1.1.5 - Internamentos	89 427,64 €	92 557,61 €	3,5%
62.1.1.9 - Outros subcontratos	87 629,22 €	90 598,25 €	3,5%
62.1.1.9.1 - Assistência ambulatória	0,00 €	0,00 €	
62.1.1.9.2 - Aparelhos complementares de terapêutica	84 524,22 €	87 482,57 €	3,5%
62.1.1.9.3 - Assistência no estrangeiro	0,00 €	0,00 €	
62.1.2 - Infraestruturas de transportes e parques de estacionamento	0,00 €	0,00 €	
62.1.3 - Serviços de transporte	0,00 €	0,00 €	
62.1.4 - Serviços de alojamento e de restauração	0,00 €	0,00 €	
62.1.5 - Espaços de desporto, cultura e lazer	0,00 €	0,00 €	
62.1.6 - Serviços de fornecimento de água	0,00 €	0,00 €	
62.1.7 - Serviços de recolha e tratamento de resíduos sólidos e urbanos	0,00 €	0,00 €	
62.1.8 - Tecnologias de informação e comunicação	0,00 €	0,00 €	
62.1.9 - Outros subcontratos ou concessões	0,00 €	0,00 €	
62.2 - Serviços especializados	12 475 624,87 €	12 912 271,74 €	3,5%
62.3 - Materiais de consumo	1 719,93 €	1 780,13 €	3,5%
62.4 - Energia e fluxos	4 318 683,82 €	4 382 464,08 €	1,5%
62.5 - Deslocações, estadas e transportes	2 332 600,89 €	2 414 241,83 €	3,5%
62.5.5 - Transporte de doentes	2 276 167,01 €	2 358 474,56 €	3,5%

62.6 - Serviços diversos	1.773.297,00 €	1.835.362,40 €	3,5%
Sub-Total	33.360.307,79 €	34.441.544,81 €	3,2%
% S/ Total Geral	9,6%	9,7%	
63 - Gastos com o pessoal	76.026.897,59 €	76.026.897,58 €	0,0%
63.0 - Remunerações dos titulares de órgãos de soberania e membros de órgãos autárquicos	0,00 €	0,00 €	
63.1 - Remunerações dos órgãos sociais e de gestão	443.493,48 €	443.493,48 €	0,0%
63.2 - Remunerações do pessoal	60.152.487,12 €	60.152.487,12 €	0,0%
63.2.1.1 - Remuneração base	35.823.138,02 €	35.823.138,02 €	0,0%
63.2.1.1.1 - Pessoal em regime de nomeação definitiva e contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado	19.289.312,39 €	19.289.312,89 €	0,0%
63.2.1.1.2 - Pessoal em regime de nomeação transitória e contrato de trabalho em funções públicas a termo resoluto	2.373.546,96 €	2.373.546,96 €	0,0%
63.2.1.1.3 - Pessoal em regime de contrato individual de trabalho a termo resoluto incerto	105.758,88 €	105.758,88 €	0,0%
63.2.1.1.4 - Pessoal em regime de contrato individual de trabalho a termo resoluto certo	1.089.344,08 €	1.089.344,08 €	0,0%
63.2.1.1.5 - Pessoal em regime de contrato individual de trabalho sem termo	12.286.519,34 €	12.286.519,34 €	0,0%
63.2.1.1.6 - Pessoal em cedência de interesse público e em comissão de serviço	104.275,54 €	104.275,54 €	0,0%
63.2.1.1.7 - Pessoal em comissão de Serviço Dirigentes	87.583,58 €	87.583,58 €	0,0%
63.2.1.1.8 - Pessoal em mobilidade especial (Pessoal em valorização profissional)	2.155,07 €	2.155,07 €	0,0%
63.2.1.1.9 - Pessoal em qualquer outra situação	484.641,68 €	484.641,68 €	0,0%
63.2.1.2 - Subsídio de férias	3.289.329,68 €	3.289.329,68 €	0,0%
63.2.1.3 - Subsídio de Natal	2.935.839,89 €	2.935.839,89 €	0,0%
63.2.1.5 - Subsídio de refeição	2.119.270,69 €	2.119.270,69 €	0,0%
63.2.2 - Abonos variáveis ou eventuais	15.978.551,78 €	15.978.551,78 €	0,0%
63.2.2.02 - Alimentação e alojamento	0,00 €	0,00 €	
63.2.2.03 - Ajudas de custo	223.388,60 €	223.388,60 €	0,0%
63.2.2.04 - Trabalho extraordinário	10.259.868,53 €	10.259.868,53 €	0,0%
63.2.2.04.1 - Horas Extraordinárias	8.383.856,44 €	8.383.856,44 €	0,0%
63.2.2.04.2 - Prevenções	1.876.012,09 €	1.876.012,09 €	0,0%
63.2.2.05.1 - Prémios de desempenho	0,00 €	0,00 €	
63.2.2.06 - Abono para férias	2.593,36 €	2.593,36 €	0,0%
63.2.2.07 - Subsídio de prevenção, trabalho noturno e de turno	2.936.728,39 €	2.936.728,39 €	0,0%
63.2.2.07.1 - Noites e Suplementos	2.936.728,39 €	2.936.728,39 €	0,0%
63.2.2.07.2 - Subsídio de turno	0,00 €	0,00 €	
63.2.2.89.1 - SIGIC	1.467.289,97 €	1.467.289,97 €	0,0%
63.2.2.89.9 - Outros	886.108,41 €	886.108,41 €	0,0%
63.3 - Benefícios pós-emprego	3.438,45 €	3.438,45 €	0,0%
63.3.9 - Outros benefícios	3.438,45 €	3.438,45 €	0,0%
63.4 - Indemnizações	1.018,42 €	1.018,42 €	0,0%
63.5 - Encargos sobre remunerações	13.820.941,08 €	13.820.941,08 €	0,0%
63.5.1.2.2 - Segurança Social - Prestações Sociais Diretas	0,00 €	0,00 €	
63.6 - Acidentes no trabalho e doenças profissionais	426.849,53 €	426.849,53 €	0,0%
63.7 - Gastos de ação social	18.095,58 €	18.095,58 €	0,0%
63.7.2 - Encargos sociais voluntários	0,00 €	0,00 €	
63.8 - Outros gastos com o pessoal	432.607,63 €	432.607,63 €	0,0%
63.8.8 - Outros	432.607,63 €	432.607,63 €	0,0%
63.9 - Outros encargos sociais	727.966,30 €	727.966,30 €	0,0%
Sub-Total	76.026.897,59 €	76.026.897,59 €	0,0%
% S/ Total Geral	58,3%	57,0%	
64 - Gastos de depreciação e de amortização	3.827.851,05 €	5.178.209,98 €	35,3%
% S/ Total Geral	2,9%	3,0%	
65 - Perdas por imparidade	0,00 €	0,00 €	
% S/ Total Geral	0,0%	0,0%	
66 - Perdas por reduções de justo valor	0,00 €	0,00 €	
% S/ Total Geral	0,0%	0,0%	
67 - Provisões do período	204.071,58 €	204.071,58 €	0,0%
% S/ Total Geral	0,2%	0,2%	
68 - Outros gastos e perdas	136.545,15 €	136.027,94 €	-2,5%
% S/ Total Geral	0,1%	0,1%	
69 - Gastos e perdas por juros e outros encargos	195,18 €	0,00 €	100,0%
% S/ Total Geral	0,0%	0,0%	

TOTAL GERAL	1 301 337 895,17 €	1 301 347 053,23 €	2,3%
-------------	--------------------	--------------------	------

APÊNDICE VI
Demonstração Provisória De Resultados - Rendimentos

Instituição:
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE

Contratualização 2023

	Valor Estimado 2022	Valor Contratualizado 2023	% Var 2023 / 2022
70 - Impostos, contribuições e taxas	578.705,27 €	289.789,29 €	-49,9%
70.1 - Impostos diretos	0,00 €	0,00 €	
70.2 - Impostos indiretos	0,00 €	0,00 €	
70.3 - Contribuições para sistemas de proteção social e subsistemas de saúde	0,00 €	0,00 €	
70.4 - Taxas, multas e outras penalidades	578.705,27 €	289.789,29 €	-49,9%
70.4.1.08 - Taxas moderadoras	577.831,97 €	288.915,95 €	-50,0%
70.4.1.08.1 - Consultas	92.380,91 €	46.180,21 €	-50,0%
70.4.1.08.2 - Urgência/SAP	239.975,04 €	119.987,52 €	-50,0%
70.4.1.08.3 - Meios complementares diagnósticos e terapêuticos	244.407,48 €	122.203,74 €	-50,0%
70.4.1.08.9 - Outros	1.088,04 €	544,52 €	-50,0%
Sub-Total	578.705,27 €	289.789,29 €	-49,9%
% S/ Total Geral	0,5%	0,2%	
71 - Vendas	0,00 €	0,00 €	
71.1 - Mercadorias	0,00 €	0,00 €	
71.2 - Produtos acabados e intermediários	0,00 €	0,00 €	
71.3 - Subprodutos, desperdícios, resíduos e rejeitos	0,00 €	0,00 €	
71.4 - Ativos biológicos	0,00 €	0,00 €	
71.7 - Devoluções de vendas	0,00 €	0,00 €	
71.8 - Descontos e abatimentos em vendas	0,00 €	0,00 €	
% S/ Total Geral	0,0%	0,0%	
72 - Prestações de serviços e concessões	112.503.998,42 €	123.773.051,00 €	10,8%
72.01 - Serviços específicos do setor da saúde	112.503.998,42 €	123.773.051,00 €	11,7%
72.01.1 - SNS - Serviço Nacional de Saúde (Contrato Programa EPE)	110.658.156,10 €	123.773.051,00 €	11,8%
72.01.1.1 - Internamento	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.1.1 - GDH Médicos	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.1.2 - GDH Cirúrgicos	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.1.3 - GDH Cirúrgicos Urgentes	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.1.4 - Dias Internamento Doentes Crónicos	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.2 - Consulta	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.2.1 - Primeiras Consultas	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.2.2 - Consultas Subsequentes	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.3 - Urgência	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.3.1 - Atendimento (SU-Polivalente)	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.3.2 - Atendimento (SU-Médico Cirúrgica)	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.3.3 - ECOMO (Centros de Oxigenação por Membrana Extracorpórea)	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.3.4 - Atendimento (SU-Básica)	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.4 - GDH Ambulatório	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.4.1 - GDH Cirúrgicos	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.4.2 - GDH Médicos	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.5 - Hospital de dia	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6 - Outras Prestações Serviços Saúde	110.658.156,10 €	123.773.051,00 €	11,9%
72.01.1.6.1 - Serviço Domiciliário	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.2 - Programas de gestão da doença crónica	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.2.1 - VIH/Sida	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.2.2 - Esclerose Múltipla	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.2.3 - Hipertensão Pulmonar	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.2.4 - Câncer	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.2.4.1 - Câncer da Mama	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.2.4.2 - Câncer do Colo do Útero	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.2.4.3 - Câncer do Cólon e Reto	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.2.4.9 - Outros	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.2.5 - Telemonitorização	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.2.5.1 - Telemonitorização DPOC	0,00 €	0,00 €	

72.01.1.6.2.5.2 - Telermonitorização EAH	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.2.5.3 - Telermonitorização ICC	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.2.5.9 - Outros	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.2.6 - PSCI	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.2.7 - Doenças lisossomais	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.2.8 - PAFI - Paramikidose	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.2.9 - Outros Programas de Gestão da Doença Crónica	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.3 - Saúde Sexual e Reprodutiva	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.3.1 - IVG até às 10 semanas	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.3.2 - PMA - Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.3.3 - Diagnóstico Pré-Natal	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.3.4 - Banco de Gâmetas	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.5 - Valor captaçional (ULS)	99.562.108,42 €	111.395.748,00 €	11,9%
72.01.1.6.6 - Sessões de Radioterapia	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.7 - Medicamentos de Cedência em Ambulatório	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.8 - Internos	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.9 - Outras prestações de serviços			
72.01.2 - Prestações de Saúde de Financiamento Vertical (ACSS)	1.026.721,24 €	1.034.421,85 €	0,8%
72.01.3 - Outras entidades responsáveis	819.121,05 €	825.188,90 €	0,7%
72.01.3.1 - Internamento	581.886,82 €	586.230,82 €	0,7%
72.01.3.2 - Consulta	9.782,39 €	9.790,17 €	0,1%
72.01.3.3 - Urgência/SAP	120.488,94 €	121.382,81 €	0,8%
72.01.3.3.1 - Urgência	115.845,47 €	116.714,31 €	0,7%
72.01.3.3.2 - Serviço de atendimento permanente	917,40 €	823,53 €	0,7%
72.01.3.3.9 - Outros	3.826,07 €	3.854,77 €	0,8%
72.01.3.4 - Quartos particulares	0,00 €	0,00 €	
72.01.3.5 - Hospital de dia	0,00 €	0,00 €	
72.01.3.6 - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	84.440,79 €	85.074,10 €	0,8%
72.01.3.6.1 - Meios de Diagnóstico	82.948,19 €	83.570,31 €	0,8%
72.01.3.6.1.1 - Patologia clínica	8.274,44 €	8.336,50 €	0,8%
72.01.3.6.1.2 - Anatomia patológica	43,47 €	43,80 €	0,8%
72.01.3.6.1.3 - Imagiologia	58.221,38 €	58.643,04 €	0,7%
72.01.3.6.1.4 - Cardiologia	13,00 €	13,10 €	0,8%
72.01.3.6.1.5 - Medicina nuclear	0,00 €	0,00 €	
72.01.3.6.1.6 - Gastroenterologia	0,00 €	0,00 €	
72.01.3.6.1.9 - Outros	18.395,90 €	18.533,87 €	0,8%
72.01.3.6.2 - Meios de Terapêutica	1.482,60 €	1.503,79 €	0,7%
72.01.3.6.2.1 - Hemodiálise	0,00 €	0,00 €	
72.01.3.6.2.2 - Medicina física e de reabilitação	1.482,60 €	1.503,79 €	0,7%
72.01.3.6.2.3 - Litotricia	0,00 €	0,00 €	
72.01.3.6.2.4 - Quimioterapia	0,00 €	0,00 €	
72.01.3.6.2.5 - Radioterapia	0,00 €	0,00 €	
72.01.3.6.2.9 - Outros	0,00 €	0,00 €	
72.01.3.7 - Serviços domiciliário	0,00 €	0,00 €	
72.01.3.8 - GDH Ambulatório	0,00 €	0,00 €	
72.01.3.8.1 - GDH Cirúrgicos	0,00 €	0,00 €	
72.01.3.8.2 - GDH Médicos	0,00 €	0,00 €	
72.01.3.9 - Outras prestações de serviços	22.542,14 €	22.711,20 €	0,7%
72.01.3.9.1 - Análises sanitárias	435,00 €	438,26 €	0,7%
72.01.3.9.2 - Convenções internacionais	0,00 €	0,00 €	
72.01.3.9.3 - Unidades terapêuticas de Sangue	0,00 €	0,00 €	
72.01.3.9.9 - Outras	22.107,14 €	22.272,94 €	0,7%
72.05 - Concessões	0,00 €	0,00 €	
72.06 - Visitas e ensaios	0,00 €	0,00 €	
72.07 - Estudos, pareceres, projetos e consultadoria	0,00 €	0,00 €	
72.08 - Serviços sociais, recreativos, culturais e desporto	0,00 €	0,00 €	
72.09 - Transporte de doentes	0,00 €	0,00 €	
72.10 - Serviços laboratoriais	0,00 €	0,00 €	
72.11 - Aluguer de equipamentos	0,00 €	0,00 €	
72.12 - Arrendamento	0,00 €	0,00 €	
72.13 - Reparações	0,00 €	0,00 €	
72.14 - Subsistemas de saúde facultativos	0,00 €	0,00 €	
72.99 - Outros serviços	1.064.936,21 €	244.741,02 €	-77,0%
Subtotal	5.051.688.609,80 €	5.211.871.412,52 €	10,3%

	% S/ Total Geral	97,5%	97,9%	
73 - Variações nos inventários da produção		0,00 €	0,00 €	
	% S/ Total Geral	0,0%	0,0%	
74 - Trabalhos para a própria entidade		0,00 €	0,00 €	
	% S/ Total Geral	0,0%	0,0%	
75 - Transferências e subsídios correntes obtidos		791 508,02 €	797 444,33 €	0,7%
	% S/ Total Geral	0,7%	0,6%	
76 - Reversões		313 920,53 €	313 920,53 €	0,0%
	% S/ Total Geral	0,3%	0,2%	
77 - Ganhos por aumentos de justo valor		0,00 €	0,00 €	
	% S/ Total Geral	0,0%	0,0%	
78 - Outros rendimentos e ganhos		1 248 573,67 €	1 257 937,97 €	0,7%
78.1 - Rendimentos suplementares		247 233,21 €	249 087,46 €	0,6%
	% S/ Total Geral	1,1%	1,0%	
79 - Juros, dividendos e outros rendimentos similares		0,00 €	0,00 €	
	% S/ Total Geral	0,0%	0,0%	
TOTAL GERAL		116 501 644,12 €	128 536 504,69 €	10,3%

APÊNDICE VII
Demonstração Previsional De Fluxos De Caixa

Instituição:

Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE

Contratualização 2023

	Valor Estimado 2022	Valor Contratualizado 2023	% Var 2023 / 2022
Fluxos de Atividades Operacionais			
Recebimento de Clientes	111 704 011,61 €	122 937 046,42 €	10,08%
Recebimento de Contribuintes	0,00 €	0,00 €	10,08%
Recebimento de Utentes	578 705,27 €	289 789,29 €	
Pagamento a Fornecedores	-35 079 982,35 €	-48 036 972,25 €	36,94%
Pagamentos ao Pessoal	-76 026 897,59 €	-76 026 897,59 €	0,00%
Caixa gerada pelas operações	1 178 836,94 €	-837 034,13 €	-171,19%
Outros recebimentos/pagamentos	1 034 552,91 €	921 467,62 €	-10,93%
Fluxos de caixa das atividades operacionais	2 210 389,85 €	84 433,49 €	-96,18%
Fluxos de Atividades de Investimento			
Pagamentos Respeitantes de:	-4 434 091,09 €	-13 777 919,14 €	210,73%
Activos Fixos Tangíveis	-1 460 059,32 €	-4 546 524,32 €	211,99%
Activos Intangíveis	-100 417,56 €	-312 683,38 €	0,00%
Propriedades de Investimento			
Investimentos Financeiros	-9 484,99 €	0,00 €	-100,00%
Outros Activos	-2 864 129,22 €	-8 918 701,44 €	211,98%
Recebimentos Provenientes de:	2 223 796,64 €	11 729 323,92 €	427,45%
Activos Fixos Tangíveis			
Activos Intangíveis			
Propriedades de Investimento			
Investimentos Financeiros	1 859,62 €	0,00 €	-100,00%
Outros Activos			
Subsídios ao Investimento	2 221 937,02 €	11 729 323,92 €	427,69%
Transferências de Capital			
Altos e Rendimentos Similares			
Dividendos			
Fluxos de caixa das atividades de investimento	-2 210 294,45 €	-2 048 595,22 €	-7,32%
Fluxos de Atividades de Financiamento			
Recebimentos Provenientes de:			
Financiamentos Obtidos			
Realizações de capital e de outros instrumentos de capital			
Cobertura de prejuízos			
Doações			
Outras operações de financiamento			
Pagamentos Respeitantes de:	-95,40 €		
Financiamentos obtidos			
Juros e gastos similares	-95,40 €		
Dividendos			
Reduções de capital e de outros instrumentos de capital			
Outras operações de financiamento			
Fluxos de caixa das atividades de financiamento	-95,40 €		
Variação de caixa e seus equivalentes	0,00 €	-1 964 161,73 €	11 339 719 827 637,60,00%
Efeito das diferenças de câmbio	0,00 €	0,00 €	
Caixa e seus equivalentes no início do período	2 522 426,13 €	2 522 426,13 €	0,00%
Caixa e seus equivalentes no fim do período	2 522 426,13 €	558 264,39 €	-77,87%
Distribuição entre caixa e seus equivalentes e saldo de gerência			
Caixa e seus equivalentes no início do período	2 522 426,13 €	2 522 426,13 €	0,00%
Equivalentes a caixa no início do período	2 522 426,13 €	2 522 426,13 €	0,00%
Variações cambiais de caixa no início do período	0,00 €	0,00 €	
Saldo da gerência anterior			
Da execução orçamental	2 740 563,28 €	2 460 212,31 €	-9,50%
Das operações de tesouraria	48 645,06 €	42 213,82 €	-9,50%
Caixa e seus equivalentes no fim do período	2 522 426,13 €	558 264,39 €	-77,87%
Equivalentes a caixa no fim do período	2 522 426,13 €	558 264,39 €	-77,87%
Variações cambiais de caixa no fim do período	0,00 €	0,00 €	
Saldo para a gerência seguinte			
Da execução orçamental	2 480 212,31 €	548 921,61 €	-77,87%

	Valor Estimado 2022	Valor Contratualizado 2023	% Var 2023 / 2022
Das operações de tesouraria	42.243,82 €	9.342,78 €	-77,87%

APÊNDICE VIII
Balanço Provisional - Ativo



Instituição:

Contratualização 2023

Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE

	AL - Ativo Líquido 2022	AL - Ativo Líquido 2023
Ativo não corrente		
Ativos Fixos Tangíveis	32.131.506,24	40.489.143,34
Propriedades de Investimento	0,00	0,00
Ativos Intangíveis	305.886,57	988.395,81
Ativos Biológicos	0,00	0,00
Investimentos Financeiros	0,00	0,00
Devedores por empréstimos bonificados e subsídios reembolsáveis	0,00	0,00
Acionistas/sócios/associados	0,00	0,00
Diferimentos	0,00	0,00
Outros Ativos Financeiros	1.380,29	0,00
Ativos por Impostos Diferidos	0,00	0,00
Sub-Total	32.438.772,10	41.455.542,85
Ativo corrente		
Inventários	2.254.230,85	2.333.126,50
Ativos Biológicos	0,00	0,00
Devedores por transferências e subsídios não reembolsáveis	1.392,86	0,00
Devedores por empréstimos bonificados e subsídios reembolsáveis	0,00	0,00
Clientes, Contribuintes e Utentes	5.339.521,01	8.056.413,69
Estado e Outros Entes Públicos	336.162,49	261.162,49
Acionistas/sócios/associados	0,00	0,00
Outras contas a receber	25.161.054,81	26.018.134,84
Diferimentos	101.822,06	101.822,06
Ativos Financeiros Detidos para Negociação	0,00	0,00
Outros Ativos Financeiros	0,00	0,00
Ativos não correntes desdos para venda	0,00	0,00
Caixa e depósitos	2.522.426,15	558.264,39
Sub-Total	35.717.250,21	36.328.726,40
Total do Ativo	68.156.022,31	77.784.269,35

APÊNDICE VIII
Balanço Previsional - Patrimônio Líquido e Passivo



Instituição:

Contratualização 2023

Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE

	Patrimônio Líquido e Passivo 2022	Patrimônio Líquido e Passivo 2023
Patrimônio Líquido		
Patrimônio/Capital	73.940.000,00	73.940.000,00
Ações (quotas) próprias	0,00	0,00
Outros instrumentos de capital próprio	0,00	0,00
Prêmios de emissão	0,00	0,00
Reservas	0,00	0,00
Resultados transferidos	94.244.455,37	-108.116.367,77
Ajustamentos em ativos financeiros	0,00	0,00
Excedentes de revalorização	0,00	0,00
Outras variações no patrimônio líquido	18.426.010,94	17.822.573,60
Resultado líquido do período	-13.871.912,40	-4.852.129,35
Dividendos antecipados	0,00	0,00
Interesses que não controlam	0,00	0,00
Total do Patrimônio Líquido	-13.770.359,03	-21.205.923,52
Passivo		
Passivo de curto prazo		
Provisões	603.689,18	493.840,23
Financiamentos Obtidos	3.012.469,38	9.618.213,63
Fornecedores de investimentos		
Responsabilidades por benefícios pós-emprego		
Diferimentos	2.947.553,42	6.398.156,56
Passivos por impostos diferidos	1.641.936,00	1.804.645,00
Outras contas a pagar	0,00	
Sub-Total	8.203.547,98	18.614.855,42
Passivo de longo prazo		
Credores por transferências e subsídios não reembolsáveis concedidos		
Fornecedores	24.422.041,94	26.049.857,25
Adiantamento de clientes, contribuintes e terceiros	22.882.590,89	22.882.590,89
Estado e outros entes públicos	1.775.220,32	1.775.220,32
Acionistas/sócios/associados		
Financiamentos Obtidos		
Fornecedores de investimento	1.395.877,92	1.898.298,15
Outras contas a pagar	25.225.000,00	25.768.372,64
Diferimentos	0,00	
Passivos financeiros devedores para negociação		
Outros passivos financeiros		
Total do Passivo	83.019.307,10	98.990.192,87
Total do Patrimônio Líquido e Passivo	68.158.922,15	77.784.269,35

Anexo 4

Extrato da ata da reunião do órgão de administração em que foi deliberada a aprovação do RGS 2023

[Handwritten signatures in blue ink]

Anexo 5

Evidências da apresentação das Declarações a que se refere o artigo 52º do RJSPE

DETALHE DA DECLARAÇÃO

Esta é uma 1ª Declaração

Declaração
nº: 804

Recebida
em: 2023-09-29 às 15:38

Dados do/a Gestor/a

Nome	Carlos Alberto Vaz
NIF	161871844
Morada	Largo de S. Tiago, nº35, 5ºE, 5300-689 Bragança
Email pessoal	cvaz@ulsne.min-saude.pt
Telefone	962145343

Dados da Entidade

Setor da Entidade	Setor Empresarial do Estado / Setor Público Administrativo
Designação	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE, E.P.E.
NIPC	509932584
Morada	Av. Abade Baçal, 5301-852 Bragança
Email	secretariado.sede@ulsne.min-saude.pt
Tipo de entidade	Empresa pública do Sector Empresarial do Estado

Handwritten signatures and initials in blue ink.

Declaração

Cargo para que foi nomeado/eleito Presidente do Conselho de Administração

Ato de nomeação/eleição Despacho n.º 9135/2023, de 6 de setembro

Se anexou Documento, pode consultá-lo nas Declarações submetidas.

Email institucional cvaz@ulsne.min-saude.pt

Data do início do mandato 2023-09-01

A data do termo do mandato já ocorreu? Não

Data prevista do fim do mandato 2025-09-01

Exerce funções executivas no Conselho de Administração? Sim

Exerce funções em regime de exclusividade? Sim

Exerce funções noutras empresas/entidades do grupo?

Se respondeu Sim, pode consultar a lista das entidades mencionadas nas Declarações submetidas.

Exerce funções noutras empresas/entidades?

Se respondeu Sim, pode consultar a lista das entidades mencionadas nas Declarações submetidas.

Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? Não

Se respondeu Sim, pode consultar a informação declarada nas Declarações submetidas.

Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? Não

Se respondeu Sim, pode consultar a informação declarada nas Declarações submetidas.

Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? Não

Exmo/a Senhor/a

Acusamos a receção da sua Declaração submetida no cumprimento da obrigação legal referente aos Deveres de informação dos gestores públicos.

DETALHE DA DECLARAÇÃO

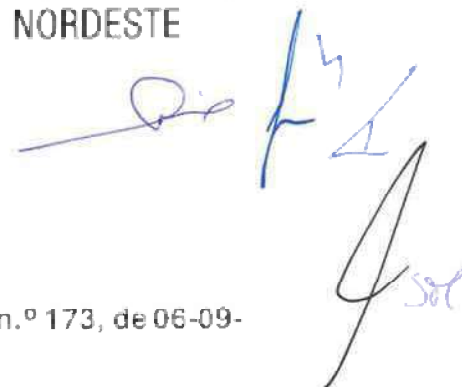
Esta é uma 1ª Declaração
Declaração nº: 797
Recebida em: 2023-09-22 às 17:41

Dados do/a Gestor/a

Nome Paulo José Castro Rogão
NIF 200690965
Morada Praceta Serra de Bornes, 6, 5340-319 Macedo de Cavaleiros
Email pessoal paulo.rogao23@gmail.com
Telefone 918626381

Dados da Entidade

Setor da Entidade Setor Empresarial do Estado / Setor Público Administrativo
Designação UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE, E.P.E.
NIPC 509932584
Morada Av. Abade Baçal, 5301-852 Bragança
Email secretariado.sede@ulsne.min-saude.pt
Tipo de entidade Empresa pública do Sector Empresarial do Estado



Declaração

Cargo para que foi nomeado/eleito	Vogal Executivo
Ato de nomeação/eleição	Despacho n.º 9135-2023 (DR, 2.ª série, n.º 173, de 06-09-2023)

Se anexou Documento, pode consultá-lo nas Declarações submetidas.

Email institucional	secretariado.sede@ulsne.min-saude.pt
Data do início do mandato	2023-01-01
A data do termo do mandato já ocorreu?	Não
Data prevista do fim do mandato	2025-12-31

Exerce funções executivas no Conselho de Administração?	Sim
---	-----

Exerce funções em regime de exclusividade?	Sim
--	-----

Exerce funções noutras empresas/entidades do grupo?

Se respondeu Sim, pode consultar a lista das entidades mencionadas nas Declarações submetidas.

Exerce funções noutras empresas/entidades?
--

Se respondeu Sim, pode consultar a lista das entidades mencionadas nas Declarações submetidas.

Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções?	Não
--	-----

Se respondeu Sim, pode consultar a informação declarada nas Declarações submetidas.

Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções?	Não
--	-----

Se respondeu Sim, pode consultar a informação declarada nas Declarações submetidas.

Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade?	Não
--	-----

Se respondeu sim e anexou a Certidão Permanente, pode consultá-la nas Declarações submetidas.

Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade?	Não
--	-----

Se respondeu Sim, pode consultar a informação declarada nas Declarações submetidas.

Exmo/a Senhor/a

Acusamos a receção da sua Declaração submetida no cumprimento da obrigação legal referente aos Deveres de informação dos gestores públicos.

DETALHE DA DECLARAÇÃO

Esta é uma 1ª Declaração

Declaração
nº: 796

Recebida
em: 2023-09-22 às 15:36

Dados do/a Gestor/a

Nome	Duarte da Silva Soares
NIF	220644454
Morada	Rua José António Espírito Santo, nº 9, 5300-671 Bragança
Email pessoal	duartedasilvasoares@gmail.com
Telefone	917118747

Dados da Entidade

Setor da Entidade	Setor Empresarial do Estado / Setor Público Administrativo
Designação	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE, E.P.E.
NIPC	509932584
Morada	Av. Abade Baçal, 5301-852 Bragança
Email	secretariado.sede@ulsne.min-saude.pt
Tipo de entidade	Empresa pública do Sector Empresarial do Estado

[Handwritten signature and initials]

Declaração

Cargo para que foi nomeado/eleito: Diretor Clínico para os Cuidados de Saúde Hospitalares

Ato de nomeação/eleição: Despacho n.º 9135/2023 – Diário da República n.º 173/2023, Série II de 2023-09-06

Se anexou Documento, pode consultá-lo nas Declarações submetidas.

Email institucional: duarte.soares@ulsne.min-saude.pt

Data do início do mandato: 2023-09-01

A data do termo do mandato já ocorreu? Não

Data prevista do fim do mandato: 2025-12-31

Exerce funções executivas no Conselho de Administração? Sim

Exerce funções em regime de exclusividade? Sim

Exerce funções noutras empresas/entidades do grupo?

Se respondeu Sim, pode consultar a lista das entidades mencionadas nas Declarações submetidas.

Exerce funções noutras empresas/entidades?

Se respondeu Sim, pode consultar a lista das entidades mencionadas nas Declarações submetidas.

Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? Não

Se respondeu Sim, pode consultar a informação declarada nas Declarações submetidas.

Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? Não

Se respondeu Sim, pode consultar a informação declarada nas Declarações submetidas.

Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? Não

Exmo/a Senhor/a

Acusamos a receção da sua Declaração submetida no cumprimento da obrigação legal referente aos Deveres de informação dos gestores públicos.

DETALHE DA DECLARAÇÃO

Esta é uma 1ª Declaração

Declaração nº: 801

Recebida em: 2023-09-26 às 22:33

Dados do/a Gestor/a

Nome Filipa Sofia Guedes Faria
NIF 231819862
Morada Rua D. Afonso III, nº 707, 3º Esq, 5370-408 Mirandela
Email pessoal filipaguedesfaria@gmail.com
Telefone

Dados da Entidade

Setor da Entidade Setor Empresarial do Estado / Setor Público Administrativo
Designação UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE, E.P.E.
NIPC 509932584
Morada Av. Abade Baçal, 5301-852 Bragança
Email secretariado.sede@ulsne.min-saude.pt
Tipo de entidade Empresa pública do Sector Empresarial do Estado

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

Declaração

Cargo para que foi nomeado/eleito	Vogal Executivo
Ato de nomeação/eleição	Despacho n.º 9135-2023 (DR, 2.ª série, n.º 173, de 06-09-2023)

Se anexou Documento, pode consultá-lo nas Declarações submetidas.

Email institucional	secretariado.sede@ulsne.min-saude.pt
---------------------	--

Data do início do mandato	2023-01-01
---------------------------	------------

A data do termo do mandato já ocorreu?	Não
--	-----

Data prevista do fim do mandato	2025-12-31
---------------------------------	------------

Exerce funções executivas no Conselho de Administração?	Sim
---	-----

Exerce funções em regime de exclusividade?	Sim
--	-----

Exerce funções noutras empresas/entidades do grupo?	
---	--

Se respondeu Sim, pode consultar a lista das entidades mencionadas nas Declarações submetidas.

Exerce funções noutras empresas/entidades?	
--	--

Se respondeu Sim, pode consultar a lista das entidades mencionadas nas Declarações submetidas.

Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções?	Não
--	-----

Se respondeu Sim, pode consultar a informação declarada nas Declarações submetidas.

Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções?	Não
--	-----

Se respondeu Sim, pode consultar a informação declarada nas Declarações submetidas.

Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade?	Não
--	-----

Se respondeu sim e anexou a Certidão Permanente, pode consultá-la nas Declarações submetidas.

Exmo/a Senhor/a

Acusamos a receção da sua Declaração submetida no cumprimento da obrigação legal referente aos Deveres de informação dos gestores públicos.

DETALHE DA DECLARAÇÃO

Esta é uma 1ª Declaração

Declaração
n.º: 808

Recebida
em: 2023-10-03 às 23:09

Dados do/a Gestor/a

Nome	Urbano José Castilho Rodrigues
NIF	139556958
Morada	Rua Vale Chorado 207, 5300-389 Bragança
Email pessoal	urbano@ulsne.min-saude.pt
Telefone	967269712

Dados da Entidade

Setor da Entidade	Setor Empresarial do Estado / Setor Público Administrativo
Designação	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE, E.P.E.
NIPC	509932584
Morada	Av. Abade Baçal, 5301-852 Bragança
Email	secretariado.sede@ulsne.min-saude.pt
Tipo de entidade	Empresa pública do Sector Empresarial do Estado

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

Declaração

Cargo para que foi nomeado/eleito: Vogal do Conselho de Administração
Ato de nomeação/eleição: 9135/2023

Se anexou Documento, pode consultá-lo nas Declarações submetidas.

Email institucional: urbano@ulsne.min-saude.pt

Data do início do mandato: 2023-09-01

A data do termo do mandato já ocorreu?: Não

Data prevista do fim do mandato: 2025-12-31

Exerce funções executivas no Conselho de Administração? Sim

Exerce funções em regime de exclusividade? Sim

Exerce funções noutras empresas/entidades do grupo?

Se respondeu Sim, pode consultar a lista das entidades mencionadas nas Declarações submetidas.

Exerce funções noutras empresas/entidades?

Se respondeu Sim, pode consultar a lista das entidades mencionadas nas Declarações submetidas.

Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? Não

Se respondeu Sim, pode consultar a informação declarada nas Declarações submetidas.

Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? Não

Se respondeu Sim, pode consultar a informação declarada nas Declarações submetidas.

Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? Não

Exmo/a Senhor/a

Acusamos a receção da sua Declaração submetida no cumprimento da obrigação legal referente aos Deveres de informação dos gestores públicos.

DETALHE DA DECLARAÇÃO

Esta é uma 1ª Declaração

Declaração
nº: 810

Recebida
em: 2023-10-11 às 09:36

Dados do/a Gestor/a

Nome Sandra Cristina Mendo Moura
NIF 218877790
Morada Avenida de Salamanca n12, 5200-298 Mogadouro
Email pessoal sandra.moura@ulsne.min-saude.pt
Telefone 934379097

Dados da Entidade

Setor da
Entidade Setor Empresarial do Estado / Setor Público Administrativo
Designação UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE, E.P.E.
NIPC 509932584
Morada Av. Abade Baçal, 5301-852 Bragança
Email secretariado.sede@ulsne.min-saude.pt
Tipo de
entidade Empresa pública do Sector Empresarial do Estado



Declaração

Cargo para que foi nomeado/eleito Vogal Executivo

Ato de nomeação/eleição Despacho n.º 9135/2023

Se anexou Documento, pode consultá-lo nas Declarações submetidas.

Email institucional sandra.moura@ulsne.min-saude.pt

Data do início do mandato 2023-09-01

A data do termo do mandato já ocorreu? Não

Data prevista do fim do mandato 2025-12-31

Exerce funções executivas no Conselho de Administração? Sim

Exerce funções em regime de exclusividade? Sim

Exerce funções noutras empresas/entidades do grupo?

Se respondeu Sim, pode consultar a lista das entidades mencionadas nas Declarações submetidas.

Exerce funções noutras empresas/entidades?

Se respondeu Sim, pode consultar a lista das entidades mencionadas nas Declarações submetidas.

Detém participações, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? Não

Se respondeu Sim, pode consultar a informação declarada nas Declarações submetidas.

Detém interesses patrimoniais, direta ou indiretamente, na empresa/entidade onde exerce funções? Não

Se respondeu Sim, pode consultar a informação declarada nas Declarações submetidas.

Detém participações, direta ou indiretamente, noutra empresa/entidade? Não

Se respondeu sim e anexou a Certidão Permanente, pode consultá-la nas Declarações submetidas.

