

Relatório de Governo Societário

2024

Unidade Local
de Saúde do
Nordeste, EPE

(Nova versão aprovada em reunião do Conselho de Administração realizada a 02-07-2025)



Índice

I.	Síntese (Sumário Executivo)	3
II.	Missão, Objetivos e Políticas	4
III.	Estrutura de Capital	13
IV.	Participações Sociais e Obrigações detidas	14
V.	Órgãos Sociais e Comissões	15
A.	Modelo de Governo	15
B.	Assembleia Geral	15
C.	Administração e Supervisão	16
D.	Fiscalização	29
E.	Revisor Oficial de Contas (ROC)	35
F.	Conselho Consultivo (caso aplicável)	37
G.	Auditor Externo (caso aplicável)	37
VI.	Organização Interna	38
A.	Estatutos e Comunicações	38
B.	Controlo Interno e Prevenção de Riscos	39
C.	Regulamentos e Códigos	64
D.	Deveres Especiais de Informação	67
E.	Sítio na <i>Internet</i>	68
F.	Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral (caso aplicável)	69
VII.	Remunerações	71
A.	Competência para a Determinação	71
B.	Comissão de Fixação de Remunerações	72
C.	Estrutura das Remunerações	72
D.	Divulgação das Remunerações	73
VIII.	Transações com Partes Relacionadas e Outras	76
IX.	Análise de Sustentabilidade da Empresa nos Domínios Económico, Social e Ambiental	77
X.	Avaliação do Governo Societário	79
XI.	Anexos do RGS	80

I. 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 2024.*

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 nº 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.

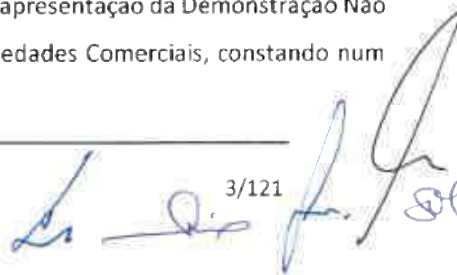
O presente relatório visa comunicar, ao titular da função acionista e ao cidadão em geral, a informação atualizada e completa sobre os princípios de governo societário e práticas de bom governo adotadas, com respeito pelo princípio da transparência, da legalidade, da prevenção de conflitos de interesse 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 2024 foram desenvolvidos todos os esforços no sentido do seu cumprimento.

Pelo 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 de 2023, sendo constituído pelos seguintes membros:

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

Este relatório pretende, ainda, 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 presente relatório.



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 2024 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponíveis	x	
	obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de atividades e orçamento para 2024	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 os relatórios de avaliação do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas	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 Contínua.

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*

O Plano de Desenvolvimento Organizacional 2024-2026 (PDO) visa, essencialmente, demonstrar as principais linhas orientadoras no processo de contratualização para o próximo triénio. Desta forma, procura-se demonstrar qual a orientação estratégica, o plano de ação e as medidas correspondentes. Tendo em conta os Termos de Referência para a contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2024, publicados e homologados a 07/11/2023, estão definidas, de forma genérica, o que é esperado para a elaboração do PDO 2024-2026 e quais as principais estratégias para o SNS no próximo triénio.

Ao abrigo do Despacho n.º 04/2023/SES, de 17 de outubro de 2023, ficaram definidas as principais orientações para 2024. Desta forma estão definidas as orientações para a elaboração das demonstrações financeira previsionais, de recursos humanos, de investimento anual e plurianual, de integração de cuidados e desempenho ao nível da produção, acesso, qualidade e eficiência. Sendo assim, os principais eixos de atuação são:

- Articulação e Integração de cuidados;
- Promover o acesso dos utentes aos diferentes níveis de atuação;
- Fortalecer a articulação dos CSP, EGA e RNCCI;
- Aprofundar a resposta em Saúde mental em contexto hospitalar e na comunidade;
- Governação Clínica e Qualidade Assistencial;
- Sustentabilidade e Eficiência.

Relativamente à carteira de serviços da ULS deve-se destacar, para este ano, a criação de 5 USF's, sendo que estaremos em crer que esta criação poderá trazer com que outras unidades funcionais avencem para a candidatura deste modelo de prestação de cuidados. Relativamente à área de cuidados de Saúde Hospitalares irão manter-se as valências já existentes.

No que diz respeito ao Acesso e à capacidade de resposta neste nível de desempenho, destacamos:

- área dos cuidados de saúde hospitalares: a falta de RH médicos e a procura elevada de determinadas especialidades (ortopedia, oftalmologia e MFR), faz com que a resposta na área da consulta externa esteja em níveis abaixo do desejado. Tem-se procurado políticas de incentivos à realização de consultas extra-horário, fazendo com que a resposta tenha melhorado e os desempenhos também, mas de facto tem sido difícil para a ULSNE melhorar os TMRG em particular na LEC. Relativamente à LIC, a aposta tem sido a redução de listas de espera através de programas em regime adicional o que faz com os desempenhos sejam efetivamente bons. As características da população da área de abrangência da ULSNE, efetivamente "sobrecarrega" os serviços e existe a prática de adequar a prestação de cuidados à enorme procura em determinadas áreas.
- área dos cuidados de saúde primários: o IDG na área do acesso está a níveis considerados medianos, efetivamente, a subárea da Personalização e a Consulta no próprio dia, tem dificultado a melhoria do desempenho nos CSP. Algumas medidas irão ser tomadas para que o desempenho melhore, tais como adequação dos horários médicos aos vários programas de saúde, aproximar as agendas das equipas de família tentando melhorar a personalização dos cuidados, através do aumento de consultas de enfermagem com agendamento prévio. A reformulação da consulta aberta também é uma medida a ter em conta, para o combate ao aumento da afluência aos serviços de urgência (indicadores que penalizam muito o desempenho da área do acesso). A literacia em saúde também tem sido um projeto que a ULSNE tem vindo a implementar junto das populações do Nordeste Transmontano, ainda numa fase embrionária tem-se procurado "formar" as populações influenciadoras na tomada de decisão do utente (principalmente as populações mais envelhecidas) para a procura dos cuidados de saúde.

No que concerne à área da qualidade Assistencial destacamos:

- área dos cuidados de saúde hospitalares: tem-se em linha de conta a aposta nos procedimentos em ambulatório, manter os níveis de elevado desempenho nas cirurgias da anca realizadas nas primeiras 48 horas, manter um bom desempenho para manter os indicadores da demora média a níveis baixos;
- área dos cuidados de saúde primários: na gestão da saúde, embora o desempenho tenha melhorado, iremos destacar como principal foco de atenção a subárea da Saúde do Idoso, onde se irão adotar algumas medidas tais como a taxa de domicílios de enfermagem e a vacinação da gripe. Na gestão da doença existe

a preocupação do desempenho na área da Diabetes e Hipertensão Arterial, pelo que o acompanhamento do desempenho para estas 2 patologias será o enfoque do próximo ano.

No que concerne ao desempenho económico-financeiro e de acordo com o definido em sede de contrato programa para o triénio 2024-2026, em que o mesmo “...estabelece o plano de prestação de serviços e de cuidados de saúde e as contrapartidas financeiras que lhe estão associadas...”, espera-se que as instituições que compõem o SNS atinjam idealmente o equilíbrio financeiro.

No modelo de financiamento das ULS define-se como um pagamento per capita, implementado e ajustado às características da população que servem, bem como o seu ajustamento pelo risco e o fluxo de utentes no SNS.

Por último existem os incentivos de desempenho, cujo valor depende do Índice de Desempenho Global alcançado por cada ULS. Desta forma, vamos apresentar adiante quais os objetivos definidos para a ULSNE.

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

De acordo com o definido no PDO 2024-2026 foram negociados um conjunto de indicadores que irão dar origem ao IDG da ULSNE que, por sua vez, o nível de execução desse IDG dará origem aos respetivos incentivos financeiros, sendo que o valor máximo contratado é 10.354.472,20€.

Índice de Desempenho Global da ULSNE – 2024

Objetivos	Peso Relativo Indicador %	2024			2024	
		Meta	Estimado	Grau de Cumprimento (%)	Grau de Cumprimento Ajustado %	Índice de Desempenho
Objetivos Nacionais						
A. Acesso	100,0%					30,7
A.1. Índice de Desempenho* da Sub-área Acesso	15%	70,0	77,7	111,0%	111,0%	16,7
A.2. Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	7,5%	55,0	55,0	99,9%	99,9%	7,5
A.3. Percentagem de utentes em Lista de Insctos para Cirurgia (LIC), dentro do TMRG	7,5%	85,0	73,9	86,9%	86,9%	6,5
B. Qualidade	30%					28,7
B.1 Índice de Desempenho* da Sub-área Gestão da Saúde	5%	75,0	80,8	107,7%	107,7%	5,4
B.2 Índice de Desempenho* da Sub-área Gestão da Doença	5%	70,0	66,7	95,3%	85,3%	4,8
B.3 Índice de Desempenho* da Sub-área Qualificação da Prescrição	5%	85,0	68,4	105,2%	105,2%	5,3
B.4 Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico	2%	3,5	4,4	72,9%	72,9%	1,5
B.5 Percentagem de cirurgias em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis***	2%	25,0	17,2	68,8%	68,8%	1,4
B.6 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	2%	82,5	75,3	91,3%	91,3%	1,8
B.7. Demora média ajustada	2%	1,0500	1,0121	103,6%	103,6%	2,1
B.8. Demora média antes da cirurgia	2%	1,00	0,79	121,5%	120,0%	2,4
B.10 Número de ensaios clínicos iniciados no ano	1,5%	1	0	0,0%	0,0%	0,0
B.11 Percentagem de doentes saídos em hospitalização domiciliária (GDH) no total de doentes saídos (GDH)	2%	1,0	1,30	130,0%	120,0%	2,4
B.12 Percentagem de consultas hospitalares descentralizadas, comunitárias e de saúde mental na comunidade no total de consultas hospitalares realizadas	1,5%	0,8	2,0	247,0%	120,0%	1,8
C. Eficiência	15%					6,7
C.1. Gastos operacionais por inscritos	3%	1 346,0	1 287,1	-4,5%	104,5%	3,1
C.2. Doente padrão por médico ETC	3%		69,8			0,0
C.3. Doente padrão por enfermeiro ETC	3%		32,0			0,0
C.4 Percentagem dos gastos com trabalho extraordinário, suplementos e fornecimentos e serviços externos (selecionados) no total de gastos com pessoal	3%		31,2			0,0
C.5 EBITDA	3%	-27 508 857,5	-16 177 304,3	-41%	120,0%	3,6
D. Integração de Cuidados	25%					9,5
D.1 Resolutividade em doença aguda dos CSP	3%	58,0	48,84	-15,8%	84,2%	2,5
D.2 Percentagem de população rastreada no Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU) no total de população inscrita elegível	3%		80,0			0,0
D.3 Percentagem de população rastreada no Rastreio do Cancro do Cólon e Reto (RCCR) no total de população inscrita elegível	3%		69,9			0,0
D.4 Percentagem de utilizadores frequentes do SU (> 4 episódios no ano)	3%	4,7	6,3	86,8%	86,9%	2,0
D.5 Percentagem de episódios triados com cor verde, azul ou branca no SU	4%	35,3	31,3	111,4%	111,4%	4,5
D.6 Taxa de internamento para amputação de membro inferior em pessoas com diabetes (ajustada para uma população padrão) (D 360)**	3%					
D.7 Taxa de internamentos evitáveis na população adulta (ajustada para uma população padrão) (D 365)**	3%					
D.8 Proporção de consultas de psicologia, nutrição e medicina dentária referendadas por médicos dos cuidados de saúde primários ou médicos hospitalares, realizadas em menos de 90 dias	3%					
Índice de Desempenho Global = 100% (7% C.P.)						

* de acordo com os dados disponibilizados pela ACSS à data de 14 de abril 2025, os dados a sombreado foram calculados pelo DPC (Departamento de Planeamento e Controlo)

Pela análise do quadro supra verifica-se que ainda não foram definidas/disponibilizadas pela ACSS as metas para os vários indicadores, sendo que este fator se torna penalizador para o desempenho da ULS, visto que esta omissão representa 30% do IDG final da ULS.

Da informação que se encontra já disponível, verifica-se que:

i) no Acesso, o desempenho inicialmente previsto foi superado, sendo de destacar o índice de desempenho do acesso dos cuidados de saúde primários em que a execução foi de 111%. Relativamente aos indicadores associados às listas de espera, no que concerne à consulta externa, a meta foi alcançada, sendo que na área cirúrgica ficou ligeiramente aquém do esperado;

ii) na Qualidade, o nível de execução é elevado, atingindo-se um índice de 28,7% em 30,0%, sendo de destacar os índices associados aos CSP, onde se verifica execuções acima de 100%, fruto de um bom desempenho das unidades que compõe esta área de prestação de cuidados, mas relembando que a criação das novas USF ao longo de 2024 vieram a incrementar o bom desempenho dos índices enumerados anteriormente.

iii) no que diz respeito aos Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH), os indicadores associados às demoras médias tiveram ótimos desempenhos, particularmente a demora médica antes de cirurgia, onde se verifica a adequação por parte dos serviços em admitir os utentes para a cirurgia convencional de forma mais próxima ao mesmo da cirurgia. Para o ano de 2024, a ULSNE procurou incrementar a atividade da Hospitalização domiciliária e as consultas descentralizadas, numa ótica de proximidade com as populações e os resultados superaram as expectativas.

iv) na Eficiência, os resultados provisórios já se encontram disponíveis, sendo que, à presente data, ainda não se encontra fechado o “Encerramento de Contas” do exercício 2024, donde podemos já concluir o EBITDA irá ter melhores resultados do que o esperado, bem como os gastos operacionais por utente inscrito.

v) na Integração de Cuidados, a maior parte dos indicadores na tem meta definida, bem como ainda não estão disponíveis os respetivos resultados.

Além dos indicadores de desempenho, a ULSNE negociou com a tutela um quadro mínimo de produção que apresentamos abaixo. De um modo geral, a atividade negociada foi alcançada, fruto de um bom desempenho assistencial das várias áreas da prestação de cuidados da ULS.

No que diz respeito aos CSP, a criação das USF's foi um fator de incremento da atividade, fruto de várias reestruturações feitas nesta área.

Na área do CSH, o crescimento da consulta externa é notório, bem como a restante atividade programada, o combate à lista de espera é um fator primordial para a ULSNE, sendo de destacar o movimento assistencial inerente a estas atividades.

A Hospitalização Domiciliária continuou a ser uma aposta no ano de 2024, tal como se verifica pelos dados apresentados.

4

Indicador	Objetivo	Realizado	Desvio R/O
Produção SRS			
Cuidados Primários			
1. Consultas			
MP consultas médicas presenciais	261.857	261.646	-0,1%
MP consultas médicas não presenciais	164.031	145.933	-12,1%
2. Serviços Descentralizados			
MP visitas domiciliárias médicas	2716	3.542	30,4%
MP visitas domiciliárias de enfermagem	25816	28.738	11,3%
3. Outras Consultas por Pessoal não Médico			
MP consultas de enfermagem	27.9522	295.276	5,6%
MP consultas de outros profissionais	141.23	23.234	64,3%
Cuidados Hospitalares			
1. Consultas Externas			
MP de 1ª consultas médicas	25840	27.444	5,8%
MP de 1ª consultas referenciadas (CTH)	17325	18.368	9,1%
MP de 1ª consultas descentralizadas	298	151	-47,9%
MP de consultas subsequentes médicas	64329	68.858	6,3%
MP de consultas subsequentes descentralizadas	568	608	8,6%
2. Internamentos			
Doentes Saídas			
GDH Médicos	6700	7.621	13,7%
GDH Cirúrgicos	1590	1.944	22,3%
GDH Cirúrgicos Urgentes	1400	1.365	-2,5%
3. Episdios de GDH de Ambulatório			
GDH Cirúrgicos	4680	4.854	3,2%
GDH Médicos	767	1.141	48,8%
4. Urgências			
Atendimentos (SU - Médico-Cirúrgica)	54730	65.381	20,8%
Atendimentos (SU - Básica)	30687	33.787	12,0%
5. Serviços em Hospital de Dia			
Base	4350	4.442	-2,4%
6. Rastreamento - Nº de Rastreamentos			
Rastreamento do Cancro da Gola de Útero	150	34	-77,3%
Rastreamento do Cancro do Cólon e Reto	258	74	-70,6%
Rastreamento da Retinopatia Múltipla	80	133	66,3%
Rastreamento Visual Infantil	80	185	128,8%
9. Serviços Domiciliares			
Hospitalização domiciliar	120	137	14,2%

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

O grande desafio para a ULS Nordeste, E.P.E., 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 acrescentar ainda o elevado índice de dependência onde 59% da população é idosa e 16,5% são jovens o que acarreta uma sobrecarga dos serviços de saúde.

Neste contexto, os principais fatores críticos positivos relacionados com resultados alcançados resumem-se em:

- 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.

Os principais fatores críticos negativos que dificultam melhores resultados da ULS Nordeste, EPE, são os seguintes:

- i) Obsolescência de equipamentos e falta de capacidade financeira para a sua substituição;
- ii) Dispersão geográfica e muito baixa densidade populacional;
- iii) Custos de contexto associados à dispersão e duplicação de infraestruturas (3 hospitais, 4 serviços de urgência, 14 centros de saúde e 3 extensões de saúde);
- iv.) 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;
- v) Elevada faixa etária dos médicos, determinando a redução da carga horária e da indisponibilidade para trabalho na Urgência;
- vi) Dificuldades de recrutamento e contratação de Recursos Humanos, nomeadamente, médicos;
- vii) 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”. O 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 RISPE).

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, E.P.E.

O Conselho de Administração anualmente negocia com os serviços a contratualização interna para a definição de metas a alcançar anualmente, posteriormente existe a monitorização mensal do desempenho dos vários serviços.

Relativamente aos indicadores de acesso existem monitorizações paralelas, onde se procura alertar para os desempenhos mensais e acompanhar os desvios verificados. No que concerne à lista de espera concológica esse acompanhamento é feito de forma semanal.

III. Estrutura de Capital

- 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 RISPE).*

	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, E.P.E., e os seus órgãos sociais não possuem participações noutras entidades e 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, E.P.E., 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

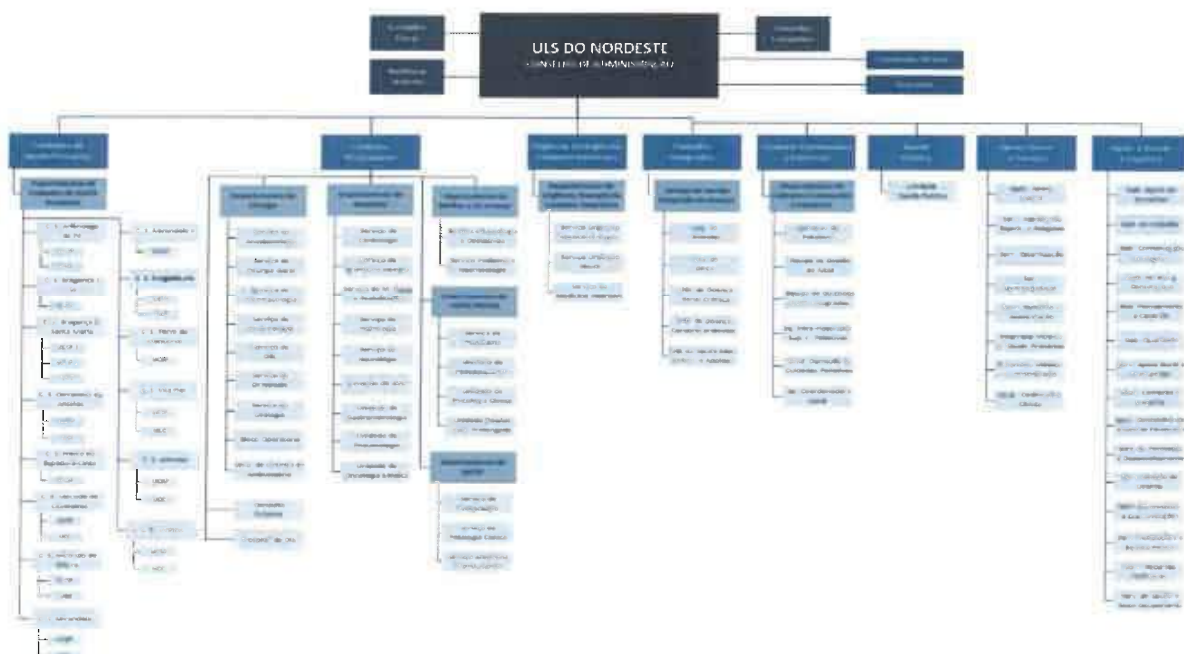
A. Modelo de Governo

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, E.P.E., 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 caráter 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).

Não aplicável. Os estatutos das ULS, E.P.E., não preveem a existência de Assembleia Geral.

h

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 Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, pelo Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, 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)
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 da 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	Filipe 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)

O/D – Origem / 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 conforme Despacho n.º 9135/2023, de 06 de setembro.

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 estão, sucintamente, mencionados no Despachos de nomeação, conforme se transcreve:

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.

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.

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 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

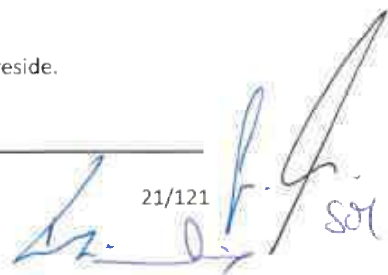
Desempenho do cargo de Oficial Público do Município de Macedo de Cavaleiros e do Município de Carrazeda de Ansiães

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.

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 artigo 72.º, 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 Executivo, **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 Executiva, **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 Executivo, **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 Executiva, **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).

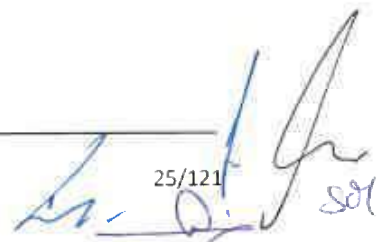
Direção Clínica da Área dos Cuidados Hospitalares, **Dr. Duarte Soares:**

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. *Caraterização 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;*

Cargo	Nome	Assiduidade (%)
Presidente Conselho Administração	Carlos Vaz	100%
Vogal Executivo	Paulo Rogão	92%
Diretor Clínico Cuidados Hospitalares	Duarte Soares	91%
Diretora Clínica Cuidados Primários	Filipa Faria	87%
Enfermeiro Diretor	Urbano Rodrigues	89%
Vogal Executiva	Sandra Moura	89%

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 2024 foram realizadas 53 reuniões, sendo o seguinte, o grau de assiduidade de cada um dos membros às reuniões:

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

Membro do Órgão de Administração	Acumulação de Funções		
	Empresa	Função	Regime
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

² Deve ser ajustado ao modelo de governo adotado.

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

- 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 caráter 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 TERAPÊUTICA

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 Armanda Saldanha 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, EPE, 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.

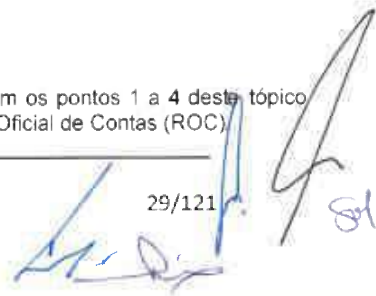
O Conselho Fiscal é constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o presidente do órgão.

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, E P E, fixados na resolução do Conselho de Ministros a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público.

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).



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 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 06 de novembro de 1984, com nacionalidade portuguesa.

Formação Académica

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 Lusíada Norte desde 2014;

Consultora na Evigrade, 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);

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 2024 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).*

Mandato (Início-Fim)	Cargo	Nome	Designação	
			Forma	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 artigo 79.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto

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

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

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

N.º Reuniões	Local de realização	Intervenientes na reunião	Ausências dos membros do Órgão de Fiscalização
15	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, Dr.ª Helena Cristina dos Santos Tomé.	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., para os mandatos 2017-2019 mantendo-se em exercício de funções. 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

Foi 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

Foi 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).*

(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	Contratada		
2017/2019 2020/2022	SROC	Santos Carvalho & Associados, SROC, S.A.	71	20161406	Despacho	28/02/2018	7/03/2018	7	7
2017/2019 2020/2022	ROC	André Miguel Andrade e Silva J. Mendonça	1530	---		28/02/2018	----	7	7

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)

2. *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.

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

Nome	Remuneração Anual 2024 (€)
	Bruta
Santos Carvalho & Associados, SROC, S.A.	17.220,00€
	17.220,00€

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

Não foram prestados outros serviços.

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).*

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).

⁶ Acompanhada de menção à legislação aplicável.

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

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

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.

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)

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.

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.

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:

- a. Regulamento Interno;
- b. Sistema de Comunicação de Irregularidades;
- c. Código de Conduta Ética;
- d. Regulamentos Internos das Unidades Orgânicas;
- e. Manuais de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos;
- f. Regulamento de Proteção de Dados;
- g. Serviço de Auditoria Interna;
- h. Gabinete da Qualidade;
- i. Grupo de Gestão do Risco;
- j. Comissão de Qualidade e Segurança;

- k. Conselho Fiscal e ROC;
- l. Programa de cumprimento normativo;
- m. Plano de Formações dos Recursos Humanos;
- n. Plano para a Igualdade de Género;
- o. Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas (PPRGIC);
- p. Código de Conduta do Gestor Público da Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE.

O PPRGIC 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 o 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 SAI 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. Apoia 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	Elevada	Baixo impacto; Elevada probabilidade	Moderado impacto; Elevada probabilidade	Elevado impacto; Elevada probabilidade
	Moderada	Baixo	Moderado	Elevado
	Baixa	Baixo	Baixo	Moderado

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 do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Delegação de competências	Exercício de autoridade delegada indevida	Baixo	Moderado	●	Publicação na página da Internet da ULSNE as delegações e subdelegações de competências atribuídos 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
	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
Acumulação de funções	Comprometimento da isenção 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 153/2013, 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
	Avaliações de desempenho irregulares	Baixo	Moderado	●	Existência de uma estrutura hierarquizada Definição legal das responsabilidades de dirigentes e chefias Existência de um conselho Coordenador da Avaliação, onde são validadas as avaliações, assim como de uma Comissão Paritária onde se encontram representados os vários grupos profissionais
Relações de hierarquia	Assédio moral ou discriminação contra os colaboradores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, ideológicas ou outras	Baixo	Moderado	●	Implementação/ revisão do Regulamento de Comunicação de Irregularidades 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
	Atos de retaliação contra colaboradores que reportem atos de corrupção, de má conduta ou violação dos deveres profissionais	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
	Não deteção ou dissimulação de condutas corruptas de colaboradores	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 conexas Implementação/ revisão do Regulamento de Comunicação de Irregularidades Implementação/ revisão do Código de Ética e Conduta profissional da ULSNE

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 autorizado 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
	Eletuar registos que permitam que se gerem GDI+ economicamente mais vantajosos	Baixo	Moderado		Definição de limites nas verbas para remuneração da atividade adicional por serviço Realização de Auditorias Clínicas
	Produção realizada sem qualquer registo informático	Baixo	Moderado		Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventualidade destas situações

	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, alvo 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 aos 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
	Alteração 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 conferida 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 de identificação do fardamento através de um RFID, que permite rastrear o circuito de todo o fardamento
	Desaparecimento de roupa/ fardamento hospitalar	Baixo	Baixo	●	Implementação de medidas de autoinspeção de todos os têxteis 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 publicar no site da instituição Fornecer outro meio de resolução do pedido, através do correio eletrónico consultas@ulsne.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
	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 Controlar os quilómetros percorridos das viaturas e os consumos Via Verde/ Combustíveis/Parqueamento
Gestão da frota automóvel	Utilização das viaturas sem a devida garantia de segurança para os ocupantes	Baixo	Elevado	●	Sistema de monitorização com alertas das inspeções obrigatórias, seguros, manutenções, reparações, pneumáticos, etc.
	Realização de serviços de manutenção, inspeção e reparações das viaturas fora do âmbito dos planos programados de manutenção, sem adequada aprovação	Baixo	Moderado	●	Implementação de um plano e relatório anual com registo das intervensões e/ou manutenções por viatura, remetido para aprovação do CA

5.6. AUDITORIA INTERNA

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Sistema de Controlo Interno	Inexistência de normas ou procedimentos internos escritos	Moderado	Moderado	Amarelo	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	Amarelo	Apoiar o 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, PPRG/CIC 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	Verde	Revisão periódica do Sistema de Controlo Interno e do PPRG/CIC da ULS do Nordeste Planear ações de auditoria e follow-up as áreas específicas/críticas, com base no PPRG/CIC da ULSNE
	Não cumprimento das ações previstas no plano anual de auditoria interna	Moderado	Baixo	Verde	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	Verde	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
	Violação do dever de imparcialidade e isenção	Baixo	Moderado	Verde	Sensibilização quanto aos princípios base da atividade de Auditoria Interna
	Não recolha, extrair ou inutilização de evidências de suporte às avaliações e análises efetuadas, comprometendo os resultados das mesmas	Baixo	Moderado	Verde	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 implementação das recomendações resultantes dos relatórios de auditoria	Baixo	Moderado	Verde	Realização de ações de follow-up a todas as ações de auditoria desenvolvidas
Recomendações e impactos resultantes das ações desenvolvidas	As ações desenvolvidas sem impacto direto na melhoria contínua	Baixo	Moderado	Verde	Em conjunto com os serviços intervenientes, avaliar os impactos resultantes das recomendações propostas

5.7. COMPRAS E LOGÍSTICA

Atividade/ Função/ Processo	Descrição 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
Compras					Plano Plurianual de investimentos aprovado pelo CA atempadamente
					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 CCP
					Pesquisa de mercado de produtos/fornecedores que satisfazam 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 integram 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

	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
	Flutuações/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
	Não execução das penalidades contratuais	Moderado	Moderado	●	Sensibilização dos requisitantes para o prazo de garantia dos equipamentos
Verificação do Material no ato da Receção de Encomendas (Existências)	Receção não controlada física e qualitativamente	Moderado	Moderado	●	Subcontratação de serviços de fiscalização no caso de empreitadas
					Definição de um Manual de Procedimentos de Empreitadas
					Assegurar a efetiva segregação de funções entre quem encomenda e quem recebe
Armazenagem (Existências)	Acesso indevido aos armazéns e desvio de materiais ou retenção indevida	Elevado	Moderado	●	Efetiva evidência de quem recebeu os materiais e posterior verificação pelo serviço requisitante
					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
Verificação do Material no ato da Receção de Encomendas (Imobilizados)	Receção não controlada física e qualitativamente	Moderado	Moderado	●	Promover a rotatividade de colaboradores evitando situações de conflito com fornecedores ou colegas
					Realização de inventários periódicos aos armazéns, com justificação de diferenças significativas
					Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente
Utilização de Bens Públicos (Imobilizados)	Apropriação e/ou utilização indevida de bens públicas, nomeadamente para fins	Elevado	Elevado	●	Dificultar acesso a bens "apetecíveis"
					Restrição do acesso aos armazéns a pessoal não autorizado
					Implementação de câmaras de segurança
					Assegurar a efetiva segregação de funções entre quem encomenda e os recebe
					Assegurar que as encomendas são conferidas em quantidade 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
					Desenvolvimento de um manual de gestão de imobilizado da ULSNE
					Verificações periódicas relativamente ao risco de desaparecimento 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
Abates (Imobilizados)	Abates indevidos ou sem autorização do CA	Baixo	Baixo	●	Verificações aleatórias se os bens abatidos continuam no local
					Promover verificações por elemento diferente do que propôs o abate
					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

5.8. 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, júris 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	●	Assegurar a efetiva segregação de funções entre quem encomenda e quem recebe Efetiva evidência de quem recebeu os medicamentos e posterior verificação pelo serviço requisitante Assegurar 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 arrumação 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
	Abatimento não controlado	Moderado	Moderado	●	Realização de inventários periódicos aos armazéns, com justificação de diferenças significativas Autorização do CA para os abates resultantes do inventário final de ano
Dispensa de Produtos Farmacêuticos	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 ao doente pela aplicação dos enfermeiros

5.9. FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Planeamento	Desconformidade entre as ações formativas candidatas e as reais necessidades da ULSNE	Moderado	Moderado	●	Envolvimento de todas as chefias no levantamento, planeamento e execução das necessidades de formação, tendo em consideração as prioridades pre-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 a formação 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)
Contratação de serviços	Favorecimento na contratação de serviços de formação	Baixo	Moderado	●	Atuação em conformidade com o respetivo enquadramento legal, nomeadamente as circulares normativas do POISE 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 quando 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	Grav. do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Gestão de Contas e Tesouraria	Retenção de valores cobrados	Elevado	Baixo	Amarelo	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	Verde	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 O SGI reporta mensalmente ao CA a situação económico financeira e a evolução das contas de receita e despesa
	Erros/ divergências em registos bancários e/ou contabilísticos	Baixo	Elevado	Amarelo	Segregação de funções Condições e reconciliações bancárias mensais
	Utilização indevida do fundo de maneo	Moderado	Baixo	Verde	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	Amarelo	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 Segregação de funções (coordenador) Circularização periódica de clientes e outros devedores
Rendimentos e Contas a Receber	Alteração e ou anulações a saldos de clientes não aprovados	Baixo	Elevado	Amarelo	Segregação de funções com perfis de acesso para reclassificação e/ou ajustamento de saldos de clientes
	Cobranças não efetuadas atempadamente e/ou fora de prazo	Moderado	Moderado	Amarelo	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	Vermelho	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
	Incorreta faturação devido à incorreta/ inexistente identificação da entidade financeira responsável pelo pagamento	Moderado	Moderado	Amarelo	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
	Pagamentos e Contas a Pagar	Moderado	Moderado	Amarelo	Assegurar a identificação da natureza da despesa e respetiva classificação contabilística

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 saídos de fornecedores não aprovados	Baixo	Moderado	●	Gestão de Perfis/Utilizadores no sistema de Informação (SICC SNC-AP)
				Segregação de funções com perfil de acesso para reclassificação e/ou ajustamento de saídos 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 (perfil 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 elevados a determinados fornecedores ou em montante superior ao efetivamente faturado	Baixo	Moderado	●	Implementação/ revisão do Plano de Pagamentos a Fornecedores
				Análise das antiguidades de saídos a fornecedores
				Análise e reporte superiormente de todas as situações injustificadas
				Segregação de funções
				Controlo da antiguidade de saídos
Incumprimento dos prazos de pagamento	Elevado	Moderado	●	Cumprimento das cláusulas contratuais sobre condições de pagamento
				Reforço 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 da adequação do normativo em vigor Ligação da atividade de admissão à de cobrança, aferindo se a causa de 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, telefoné, sms, carta)
MCDT's	Recurso excessivo a MCDT no exterior com favorecimento/ indução de terceiros	Moderado	Moderado	●	Acompanhamento periódico dos MCDT's realizados na ULISNE 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 SONHO enviada aos Serviços Financeiros
	Isonção 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

5.12. 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 backups e recuperação de dados perdidos Sessões de formação/sensibilização e alertas 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 efetivo 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 da 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 sistematizada sobre a rede de serviços e recursos existente 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
	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
Execução dos contratos	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 de 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
	Inexistência de advertências logo que são detetadas situações irregulares ou derrapagens 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 derrapagem de custos ou prazos contratuais
	Fiscalização e receção de trabalhos com execução defeituosa, por executar 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
Instalações e Equipamentos	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 claramente definido ao nível de cada Serviço
	Ocorrência de desvios/ roubo/ furtos de equipamentos	Moderado	Moderado	●	Aleatoriamente, realização de um controlo periódico (anual) dos equipamentos afetos a determinados centros de custo Responsabilização dos serviços pela salvaguarda e utilização dos bens atribuídos
	Falta de acurácia 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	Probabili.	Impacto	Grau 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	●	Plano 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 de 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, preterições, 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 SRI Revisão do Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos da Gestão de Recursos Humanos (ACSS)
	Processamento de vencimentos após o termo da 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
	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 contratados a prazo, para que o contrato possa ser analisado antecipadamente com um prazo superior a 50 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	●	Criação 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
Avaliação de desempenho	Ausência ou deficiente fundamentação dos resultados das decisões de avaliação	Baixo	Moderado	●	Verificar a existência de uma definição clara, objetiva e quantificável de objetivos
	Utilização excessiva de mecanismos excecionais de promoção na carreira	Baixo	Baixo	●	Cumprimento da legislação aplicável, das normas instituídas e SJADAP
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 que abrangem as várias unidades orgânicas de apoio à gestão, donde se destacam as seguintes áreas:

• Contratação Pública;

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

Outras consideram-se também, como sejam:

- 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, pelo SPPCIRA 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. São feitas auditorias clínicas, refletidas em relatórios semestrais com propostas de medidas preventivas/corretivas, assim como visitas aos serviços e locais de trabalho com vista à identificação da exposição dos profissionais a fatores de risco. São, ainda, 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:

- I) Evitar o risco – Eliminar a causa ou abandonando as atividades que originem o risco;
- II) 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.*

A ULS do Nordeste, E.P.E., 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, tais como:

- 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, E.P.E., 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.

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);*

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).

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 \(min-saude.pt\)](#)".

- 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 RISPE, 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)¹¹;*

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

- 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, E.P.E., 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>

¹¹ Atendendo ao prazo para a elaboração do relatório de avaliação anual fixado na alínea b) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC (até abril), a menção em causa poderá ser para o relatório de avaliação anual do ano anterior ao do exercício que o RGS contempla.

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, E.P.E., disponível através do link [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)".

2. *Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontram publicitados os seguintes documentos¹²:*
 - 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 PPR¹³;*

¹² 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.

¹³ Atendendo ao prazo para a elaboração do relatório de avaliação anual fixado na alínea b) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC (até abril), a hiperligação em causa poderá remeter para o relatório de avaliação anual do ano anterior ao do exercício que o RGS contempla.

- f) *Código de Conduta;*
- g) *Relatório sobre remunerações por género, a que se refere o n.º 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2014, de 7 de março;*
- 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);*

Todos os elementos acima identificados constam do site oficial da ULS do Nordeste, E.P.E., 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;*

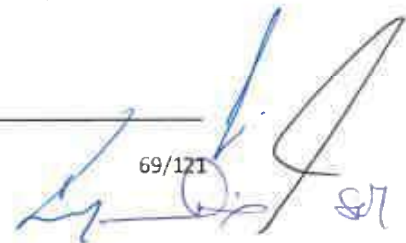
[Instrumentos de Gestão Categoria - Unidade Local de Saúde do Nordeste \(min-saude.pt\)](#)

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 2024/2026 e o Termos de Referência para a Contratualização 2024 são a base para a definição de preços, fixação de objetivos e dos princípios orientadores da contratualização para 2024, 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. 1, 2 e 4 do artigo 48.º do RJSPE). A empresa deve apresentar declaração¹⁴ do seguinte:

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

Não aplicável.

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

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.

¹⁴ Esta declaração, no próprio RGS, pode apenas mencionar que foi cumprido o disposto no n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE.

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 n.º 9135/2023, de 06 de setembro, que nomeou o atual Conselho de Administração da ULS 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 mecanismos¹⁵ 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.

¹⁵ 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 RJSPE, isto é, de que se abstêm de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas.*

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.

4. *Explicação 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. *Caraterização 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 2024 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:*

Membro do Órgão de Administração	Estatuto do Gestor Público			
	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)	
			Vencimento	Despesas de representação
Carlos Alberto Vaz	Sim	B	3993,78	1597,50
Paulo José Castro Rogão	Sim	B	3195,65	1278,25
Duarte da Silva Soares	Sim	B	4101,10	1278,25
Filipa Sofia Guedes Faria	Sim	B	3195,65	1278,25
Urbano José Castilho Rodrigues	Sim	B	3336,16	1278,25
Sandra Cristina Mendo Moura	Sim	B	3195,65	1278,25

Membro do Órgão de Administração	Remuneração Anual 2024 (€)		
	Fixa	Variável	Bruta
Carlos Alberto Vaz	74803,35		74803,35
Duarte da Silva Soares	72485,44	15313,33	87798,77
Filipa Sofia Guedes Faria	59407,01	201,86	59608,87
Urbano José Castilho Rodrigues	61111,98		61111,98
Paulo José Castro Rogão	59854,41		59854,41
Sandra Cristina Mendo Moura	60854,41	14014,22	74868,63
			418046,01

Membro do Órgão de Administração	Benefícios Sociais (€)							
	Valor do Subsídio de Refeição		Regime de Proteção Social		Seguro de Vida	Seguro de Saúde	Outros	
	Diário	Encargo anual da empresa	[identificar]	Encargo anual da empresa	Encargo anual da empresa	Encargo anual da empresa	[identificar]	Encargo anual da empresa
[Nome]								
Carlos Alberto Vaz	6,00	1392	CGA	17765,80				
Paulo José Castro Rogão	6,00	1362	CGA	14215,42				
Duarte da Silva Soares	6,00	1416	SS	20852,22				
Filipa Sofia Guedes Faria	6,00	1248	SS	14157,09				
Urbano José Castilho Rodrigues	6,00	1362	CGA	14514,08				
Sandra Cristina Mendo Moura	6,00	1374	SS	17543,80				
		8154		99048,41				

A aplicação da redução remuneratório encontra-se em regularização.

As acumulações de funções pelos membros do CA foram autorizadas nos termos da lei.

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 2024 (€)
	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 relacionadas¹ 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 de 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
S U C H - NOVO BANCO	500900469	4 160,02
TECSAM - Centro Renal Mirandela/Mogadouro - SANTANDER	502824581	3 492,58

Unidade: Milhares €

¹ 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**

Caraterização dos elementos seguidamente explicitados, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação²:

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, no ponto III.

- 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.

² 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

- 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;*

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

- 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 moldes em que foi salvaguardada a competitividade da empresa, designadamente pela via de investigação, inovação, desenvolvimento e da integração de novas tecnologias no processo produtivo (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 (aí se incluindo o Relatório e Contas e o RGS) relativos ao exercício de 2023 por parte dos titulares da função acionista ou, caso não se tenha ainda verificado a sua aprovação, menção específica desse facto.*

O documento foi aprovado pela UTAM, através do ofício remetido à ULSNE com a referência n.º 404/UTAM/2024, datado a 27/12/2024.

Os documentos da prestação de contas ainda não foram aprovados pela tutela.

2. *Verificação do cumprimento das recomendações recebidas¹ relativamente à estrutura e prática de governo societário (vd. artigo 54.º do RISPE), através da identificação das medidas tomadas no âmbito dessas orientações. Para cada recomendação² 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);*

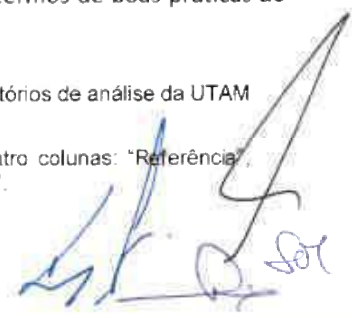
Relativamente ao cumprimento dos princípios de governo societário tem sido reportado de acordo com o disposto no artigo 54.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, e foram cumpridas as recomendações veiculadas a coberto dos relatórios de análise da UTAM recebidos.

- 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.*

De acordo com a concussão do relatório de análise: "O "Relatório de Governo Societário 2023" da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. indicia o acompanhamento por parte da empresa das matérias previstas no RISPE e traduz a forma como a empresa observa as disposições aplicáveis em termos de boas práticas de

¹ 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.

² 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".



governo societário. Assim, considera-se que o documento reúne as condições para merecer a aprovação por parte do titular da função acionista.”

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, caso a empresa esteja a aguardar a nomeação do órgão de fiscalização pela tutela, declaração dando conta desta situação.*
2. *Demonstração não financeira relativa ao exercício de 2024: 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 artigo 66.º-B do CSC³.*

Deverá conter informação referente ao desempenho e evolução da sociedade quanto a questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, igualdade de género, não discriminação, respeito pelos direitos humanos, combate à corrupção e tentativas de suborno (vd. artigo 66.º-B do CSC).

³ 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.

Anexo 1

Relatório do Órgão de fiscalização

Anexo 2

Demonstração Não Financeira



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
NORDESTE

Quinica 16.04.2025

Sfivaldo

Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração

Demonstração Não Financeira 2024

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

PARECER DO CONSELHO FISCAL

SOBRE O RELATÓRIO DO GOVERNO SOCIETÁRIO DO ANO 2024

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 2024.
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 2024 foi preparado e aprovado pelo Conselho de Administração em reunião de 02 de julho de 2025, 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 2024 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 2024, 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/URI/ACSS; E-5532/2020/ACSS, situação semelhante à ocorrida em anos anteriores. Todavia, salienta-se o entendimento dado a conhecer pelo Ofício c/ Ref SAI_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. À data

deste Parecer, e tal como consta do Ponto D do Capítulo VII do Relatório do Governo Societário, a aplicação da redução remuneratória encontra-se em regularização.

8. Verificou-se adicionalmente que existem acumulações de funções, relativas ao exercício de atividade assistencial, pelos seguintes membros do Conselho de Administração: i) Dr. Duarte da Silva Soares, médico, diretor clínico dos cuidados de saúde hospitalares, ii) Dra. Filipa Sofia Guedes Faria, médica, diretora clínica para a área dos cuidados de saúde primários, e iii) Enf.ª Sandra Cristina Mendo Moura, enfermeira. As acumulações de funções mencionadas foram autorizadas, respetivamente, em 11 de outubro de 2023, 4 de dezembro de 2023 e 16 de novembro de 2023, pelo Senhor Ministro da Saúde em funções.

9. 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.

10. 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 2024, 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 2024.

Bragança, 13 de agosto de 2025

O CONSELHO FISCAL

Assinado por: **Júlio Paulo da Silva
Martins**
Num. de Identificação: 09894846

PROF. DOUTOR JÚLIO PAULO DA SILVA MARTINS, PRESIDENTE

Assinado por: **Erika Ferreira Laranjeira**
Num. de Identificação: 12690067
Data: 2025.08.13 12:29:22 +0100

PROF.ª DOUTORA ERIKA FERREIRA LARANJEIRA, VOGAL

**HELENA CRISTINA
FAZERES DOS SANTOS
TOMÉ**
Digitally signed by HELENA
CRISTINA FAZERES DOS SANTOS
TOMÉ
Date: 2025.08.13 13:41:46 +0100

DR.ª HELENA CRISTINA DOS SANTOS TOMÉ, VOGAL

Anexo 1

Relatório do Órgão de fiscalização

Anexo 2

Demonstração Não Financeira



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
NORDESTE

Quinça 16.04.2025

Sfivaldo

Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração

Demonstração Não Financeira 2024

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

ÍNDICE TEMÁTICO

1. Introdução

2. Modelo Empresarial

3. Políticas e linhas de ação:

- a) *Questões ambientais*
- b) *Consumos de energia elétrica*
- c) *Consumos de gás*
- d) *Consumos de água*
- e) *Resíduos hospitalares*

4. Políticas sociais relativas a Colaboradores:

- a) *Balanço Social*
- b) *Formação profissional*
- c) *Segurança e saúde no trabalho*
- d) *Igualdade de género*
- e) *Não discriminação e respeito pelos Direitos Humanos*
- f) *Combate à corrupção e à tentação de suborno*



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE NORDESTE

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 proativa 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.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE NORDESTE

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 norteadas 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, com término em 2026 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;

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
NORDESTE

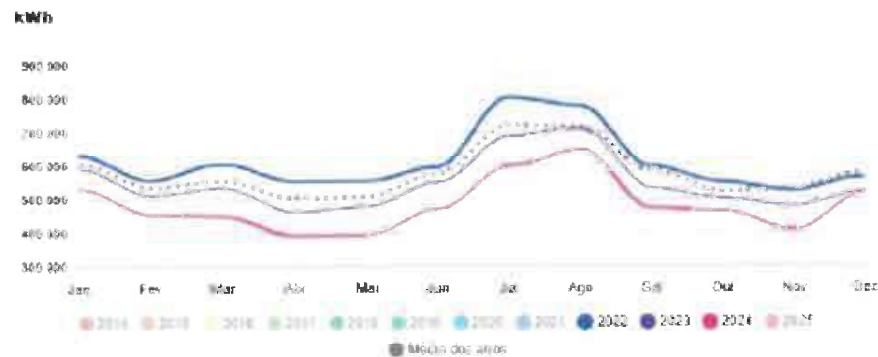
- Utilização de LED em toda a iluminação de interior;
- Substituição de equipamento de produção e de distribuição técnica;
- Sistema de Gestão Técnica Centralizada;
- Melhorar a eficiência técnica dos edifícios (isolamento de paredes e janelas).

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 o edifício 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



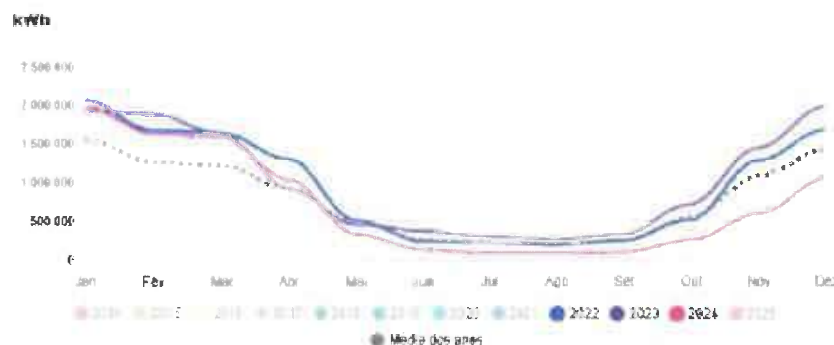
c) Consumos de gás

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 2022, 2023 e 2024.

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
NORDESTE



d) *Consumos de água*

O uso eficiente da água e a redução do desperdício no seu consumo é uma preocupação ambiental e constante, pondo em prática as medidas tomadas em anos anteriores, dado que as mesmas evidenciam bons resultados.

Assim, destacamos:

- 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.

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.

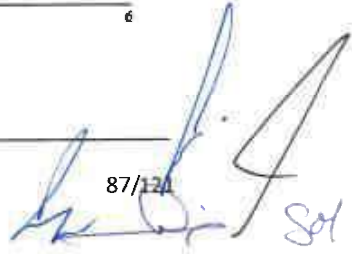
Os resíduos do grupo III e IV são recolhidos por empresa licenciada. A recolha dos resíduos do grupo I é, em cada concelho, da responsabilidade da respetiva Câmara Municipal.

Passamos a evidenciar a variação registada:

Tipo de Resíduo	Anos				Variação 2024/2023	
	2021	2022	2023	2024	%	Kgs
GRUPO III (kgs)	274 354,25	268 389,11	236 826,50	269 230,65	13,68%	32 404,15
GRUPO IV (kgs)	13 441,82	15 948,10	17 671,50	18 393,00	4,08%	721,50

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 definem políticas e estratégias de Recursos Humanos.


Sol

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
NORDESTE

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 2024, o número de trabalhadores na ULS era de 2015, assim repartidos por grupos profissionais:

Grupo Profissional	N.º de Colaboradores	
	2023	2024
Assistente Operacional (*)	515	97
Assistente Técnico	271	287
Dirigente Superior de 1.º e 2.º grau	8	8
Enfermeiro	729	752
Médico	207	198
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutico	145	155
Outros Profissionais (**) (TSS, TS, Informáticos, Farmacêuticos, TAS)	92	518
Total	1967	2015

(*) – no ano de 2024 não contempla a carreira de TAS.

(**) – no ano de 2024 contempla a carreira de TAS.

b) *Formação profissional*

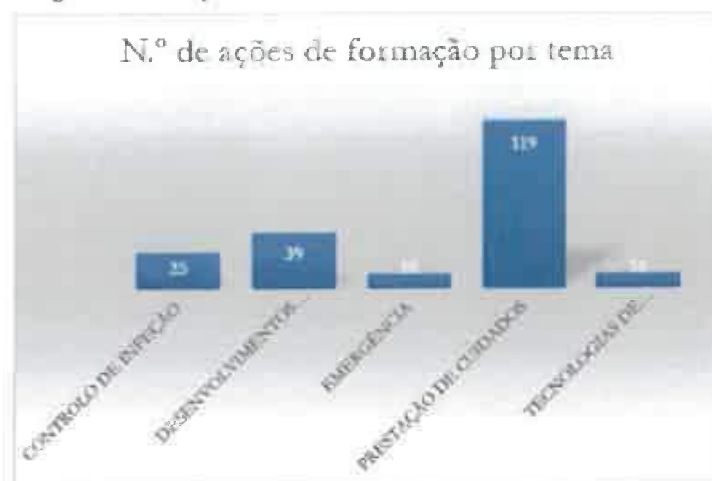
No âmbito da formação profissional e atualizações de conhecimentos dos trabalhadores foi aprovado e executado o plano de formação para o ano de 2024.

Ainda assim a formação foi maioritariamente realizada internamente nos respetivos serviços em paralelo com a organizada pelo Serviço de Formação e Desenvolvimento, com o contributo de instituições externas contratualizada mediante autorização do CA, designadamente o IGAP.

Foram realizadas também como tem sido habitual todos os anos, Jornadas, Seminários, Workshops, entre outros.

No ano de 2024 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, incluindo os que trabalham nos turnos de dia ou da noite (Unidades Hospitalares), num total de cerca de 202 ações. Esta formação foi essencialmente agrupada em vários temas, tais como:

- Controlo de Infecção
- Desenvolvimento Pessoal
- Prestação de Cuidados
- Emergência
- Tecnologias de Informação



Dentro de cada um destes grandes temas existem vários tipos de formações, sendo que na área de Desenvolvimento Pessoal, temos como por exemplo o Atendimento ao Público, a Cooperação e Trabalho em Equipa, Gestão de Liderança Seletiva (esta foi ministrada por uma entidade externa – IGAP).

Na área da Prestação de Cuidados de Saúde foram tratados diversos temas conforme a especificidade do serviço e neste âmbito está incluída toda a formação realizada e promovida pelos serviços e da responsabilidade do mesmo.

Ainda no âmbito da formação transversal à instituição, foram realizadas várias formações sobre os temas, Suporte Básico de Vida, Violência a Profissionais de Saúde, de forma que todos os profissionais pudessem frequentar as referidas formações.

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
NORDESTE

Por outro lado, existe ainda a formação em serviço, realizada de acordo com os planos de formação que os serviços elaboram anualmente. A realização desta formação é da responsabilidade de cada serviço.

As formações realizadas no ano de 2024 foram cerca de 202 ações.

Temos ainda representado na tabela 1 os serviços que mais significativamente organizaram ações de formação no seu serviço respetivamente.

Tabela 1 – Ações realizadas por serviço

Serviço Organizador	N.º de ações
APOIO ESPIRITUAL E RELIGIOSO	1
BLOCO UH BRAGANÇA	2
BLOCO UH MIRANDELA	1
CIRURGIA GERAL/UH BRAGANÇA	2
CIRURGIA HOMENS/UH BRAGANÇA	1
CIRURGIA MULHERES/UH BRAGANÇA	3
CIRURGIA UH MIRANDELA	4
CIRURGIA GERAL/ORTOPEDIA	2
CONSULTA DE ESTOMATERAPIA	1
CONSULTAS EXTERNAS/UH MIRANDELA	1
CS CARRAZEDA	2
CS MACEDO	6
CS MIRANDELA 3	1
CS SANTA MARIA	1
CS SE	1
CS VILA FLOR	8
CUIDADOS PALIATIVOS UH MACEDO	20
CUIDADOS PALIATIVOS UH MIRANDELA	1
SERV PATOLOGIA	1
ESPECIALIDADES	1
ESPECIALIDADES/ PALIATIVOS- UH MIRANDELA	3
LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA	1
MEDICINA A/UH BRAGANÇA	4
MEDICINA E NASCENTE/UH BRAGANÇA	7
MEDICINA E POENTE/UH BRAGANÇA	5
MEDICINA INTENSIVA/UH BRAGANÇA	10
MEDICINA INTERNA/UH BRAGANÇA	25
MEDICINA INTERNA/UH MACEDO	2
MEDICINA INTERNA/UH MIRANDELA	17
MFE/UH MACEDO	1
NUTRIÇÃO/UH MIRANDELA	1
OBSTETRICA	3
ORTOPEDIA/UH MACEDO	4
PALIATIVOS/UH MIRANDELA	2

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
NORDESTE

PEDIATRIA/ UH BRAGANÇA	1
PEDIATRIA/ UH MIRANDELA	2
PPCIRA/ UH MIRANDELA	4
SAÚDE E RISCO OCUPACIONAL	3
SAÚDE ESCOLAR	1
SERVIÇO DE QUALIDADE	3
SERVIÇO FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO	21
TRAUMATOLOGIA/ UH BRAGANÇA	6
UCP DIABETES/ MACEDO DE CAVALEIROS	2
URGENCIA/ UH BRAGANÇA	4
USE TUA SAÚDE	10
Total de ações	202

Estas foram frequentadas por 1131 profissionais sendo a categoria profissional com mais destaque a de enfermagem. É de salientar que, em muitos casos, o mesmo colaborador frequentou várias formações.

As formações realizadas nos Serviços são da responsabilidade dos mesmos, sendo os temas fortes e sistemáticos a Prestação de Cuidados, (organizadas e realizadas nos Serviços), Sessão Clínica (realizadas pelos Médicos Internos do ano comum), Controlo de Infecção (realizadas no serviço pelos serviços e também pelo Grupo da PPCIRA) e Desenvolvimento Pessoal (organizadas pelo Serviço de Formação e restantes Serviços) e Formação de Integração/Acolhimento a novos trabalhadores. Toda a formação organizada pelo serviço de Formação e pelos diferentes serviços se encontra plasmada nos quadros e nos gráficos infra. No gráfico infra reflete-se o número de trabalhadores que participaram nas diversas formações que ocorreram a nível dos vários serviços.

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
NORDESTE



O gráfico infra reflete o número de horas que os colaboradores de cada categoria profissional da ULSNE assistiram ao longo do ano de 2024.



Durante o ano de 2024 e como ferramenta de melhoria e eficiência do gabinete propôs-se a aquisição de uma aplicação de software de gestão de formação, que aguardamos ver concretizada.

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
NORDESTE

Foi reforçada no gabinete a capacidade de utilização de equipamento informático com a aquisição de licenças de office mais avançadas.

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 continuaram a ser concretizados.

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.

[Handwritten signature and initials]



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE NORDESTE

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 \(min-saude.pt\)](#)”

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 outras 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.

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.

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
NORDESTE

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 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.

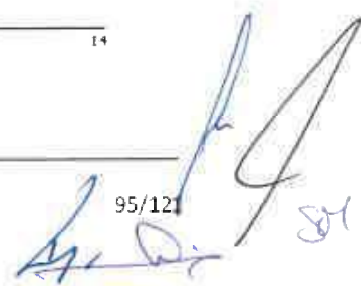
O procedimento *PRO.024.GDND* estabelece as normas de acesso a informação a todos os utentes, designadamente no que diz respeito à carta dos direitos dos utentes e à carta dos direitos das crianças.

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

Para concretização dos objetivos e a satisfação dos compromissos assumidos pelo Governo, foi elaborada, pelo Ministério da Justiça, a Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024, aprovada posteriormente pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2021, de 6 de abril.

Nesse âmbito, a ULSNE procurou garantir o correto funcionamento de um conjunto de instrumentos considerados primordiais no combate à deteção, prevenção e sanção dos atos de corrupção e infrações conexas, levados a cabo contra ou através da Entidade, onde se incluem, nomeadamente, o Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas (PPRG/CIC), os respetivos Relatórios de Execução (Intercalar e Anual), o Código de Conduta e Ética, o Sistema de Comunicação de Irregularidades e, ainda, o Plano de Formação, onde se encontra presente o Programa de Formações específico sobre as temáticas Integração, Conduta e Ética e Prevenção da Corrupção.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
NORDESTE

Todos estes instrumentos foram divulgados e encontram-se publicados, podendo ser consultados na página eletrónica desta instituição, bem como na página da Intranet.

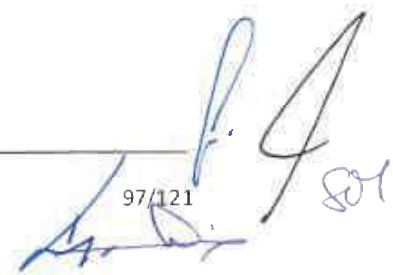
O PGRIC está alinhado com os demais mecanismos de controlo interno da ULSNE, para que se constituam numa ação integrada de proteção dos ativos da instituição e de auxílio à concretização da visão, missão e objetivos estratégicos da instituição.

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.

Aprovado pelo Conselho de Administração em 2025-04-16.

h

 801

Anexo 3

Objetivos definidos pelo acionista para o ano de 2023 – Acordo Modificativo 2024

2024
Contrato Programa ULS Nordeste, EPE

CONTRATO-PROGRAMA 2024-2026

Cristina
Vaz
Tomé

Assinado de forma
digital por Cristina
Vaz Tomé
Motivo: Homologo.
Dados: 2025.01.29
21:18:16 Z

O processo de contratualização que se encontra implementado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) estabelece o relacionamento entre financiadores/compradores e prestadores de cuidados de saúde, encontrando-se vertido num contrato-programa trienal, atualizado anualmente por um Acordo Modificativo a este contrato – programa (CP), através do qual se explicitam os resultados a alcançar em cada instituição do SNS.

Este processo de contratualização baseia-se na responsabilidade de todas as entidades envolvidas, nomeadamente: Tutela (Ministério da Saúde e Ministério das Finanças), Direção Executiva do SNS (DE-SNS), Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e Unidades Locais de Saúde (ULS).

Assim, entre:

O DIRETOR EXECUTIVO DA DIREÇÃO EXECUTIVA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE, I. P., Prof. Doutor Fernando Manuel Ferreira Araújo, com poderes para outorgar o ato, doravante designada por “DE-SNS”;

A ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P, representada pelo Presidente do Conselho Diretivo, Dr. Victor Emanuel Marnoto Herdeiro, com poderes para outorgar o ato, doravante designada por “ACSS”;

E

A UNIDADE LOCAL DE SAÚDE NORDESTE, E.P.E., neste ato representado pelo Presidente do Conselho de Administração, Dr. Carlos Alberto Vaz, doravante designada por “ULS”.

É estabelecido o presente Contrato – Programa que vigorará para o triénio 2024-2026, o qual se rege pelas cláusulas a seguir definidas.

Capítulo I

Disposições gerais

2024
Contrato Programa ULS Nordeste, EPE

Cláusula 38ª

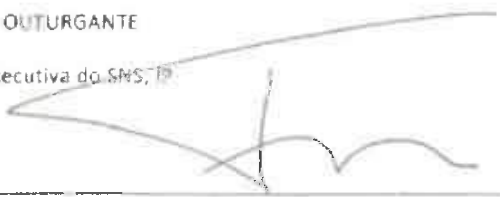
Produção de efeitos

O Presente contrato-programa produz efeitos a 1 de janeiro de 2024.

Celebrado aos 28 dias do mês de fevereiro de 2024.

PRIMEIRO OUTORGANTE

Direção Executiva do SMS, IP



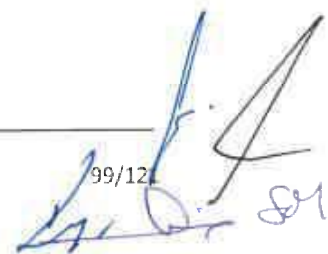
SEGUNDO OUTORGANTE

Administração Central do Sistema de Saúde, IP



TERCEIRO OUTORGANTE

Unidade Local de Saúde Nordeste, EPE



Anexo ao Contrato-programa
Cláusulas específicas para o ano 2024

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 (outras ULS 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 2024, 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 2024, 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 ULS 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. A ULS receberá o valor prospetivo de 152 455 200,00€ no ano de 2024, correspondente a atos e atividades, calculado de acordo com um modelo de financiamento de base capitolacional, ajustada pelo risco, pelos fluxos e pela diferenciação das entidades e a incentivos institucionais contratualizados, ao qual poderá acrescer o valor de episódios cirúrgicos programados correspondentes a utentes inscritos na LIC de outro Hospital de origem.
2. Possibilidade de o valor total do contrato-programa poder ser majorado pelo resultado alcançado na avaliação dos indicadores que concorrem para os incentivos institucionais no valor de até 3% no ano $n+1$.
3. O montante da remuneração referido no ponto anterior, inclui valor destinado à formação de internos.
4. As regras e procedimentos relativos à remuneração da produção contratada são definidas por Circular Normativa a publicar pela ACSS.

Cláusula 3ª

Sustentabilidade económico-financeira

1. A ULS compromete-se a:
 - a) Não acumular novas dívidas a fornecedores nem novos pagamentos em atraso em 2024, por reporte aos valores verificados em 31 de dezembro de 2023;
 - 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 183 113 770,49 € no final de 2024;
 - d) Incentivar a obtenção de rendimentos operacionais próprios da ULS aumentando as receitas extra Contrato-programa;
 - e) Alcançar um EBITDA no valor de -25 531 816,39 € em 2024;
 - 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 saldos excessivos a par da persistência de dívida vencida a fornecedores
2. Para efeitos do número anterior, a ULS compromete-se a informar, trimestralmente, a DE-SNS e ACSS 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.



Cláusula 4ª

Objetivos

1.A ULS fica vinculada ao cumprimento dos objetivos de acesso, desempenho económico-financeiro e integração de cuidados, nos termos do Apêndice III e de acordo com metodologia a definir em sede de acompanhamento da execução do Contrato Programa.

Cláusula 5ª

Penalidades

1. A ULS fica sujeita à aplicação de penalidades sempre que se verifique o incumprimento da produção hospitalar contratualizada em, pelo menos, 10% em cada linha de atividade programada, correspondente ao valor da produção não realizada nessa linha.

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 IV.

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 2024, 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:

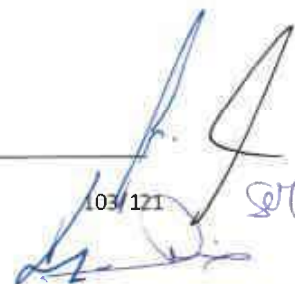
- a) Compras centralizadas de medicamentos;
- b) Prestação de serviços por entidades integradas no SNS;

c) Prestação de serviços por entidades convencionadas do SNS.

2. Os valores referidos 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 Valor do Contrato-Programa

Instituição: ULS Nordeste		Contratualização 2024
Valor do Contrato (sem incentivos nem internos)		140 506 897,00
Valor internos		1 176 439,00
Incentivos Institucionais		10 571 854,00
Valor Total do Contrato		152 455 200,00
Incentivos Institucionais no valor até 3% (mín. 0=)		4 573 856,00



APÊNDICE II
Quadro Mínimo de Produção e Desempenho

Instituição: ULS Nordeste

Contratualização 2024

Produção e Indicadores de Desempenho

	Quantidade
Cuidados Primários	
1. Consultas	
Nº consultas médicas presenciais	251 857
Nº consultas médicas não presenciais	156 031
2. Serviços Domiciliares	
Nº visitas domiciliárias médicas	2 716
Nº visitas domiciliárias de enfermagem	25 816
3. Outras Consultas por Pessoa não Médico	
Nº consultas de enfermagem	279 522
Nº consultas de outros profissionais	14 123
Cuidados Hospitalares	
1. Consultas Externas	
Nº de 1ªs consultas médicas	25 940
Nº de 1ªs consultas referenciadas (CTH)	17 325
Nº de 1ªs consultas descentralizadas	290
Nº de consultas subsequentes médicas	64 329
Nº de consultas subsequentes descentralizadas	560
2. Internamento	
Doentes Saídos	
GDH Médicos	5 700
GDH Cirúrgicos	1 590
GDH Cirúrgicos Urgentes	1 400
3. Episódios de GDH de Ambulatório	
GDH Cirúrgicos	4 580
GDH Médicos	767
4. Urgências	
Atendimentos SU - Polivalente (sem internamento)	
Atendimentos SU - Médico-Cirúrgica (sem internamento)	54 730
Atendimentos SU - Básica (sem internamento)	30 107
5. Sessões em Hospital de Dia	
Base	4 550
Hematologia / Imuno-hemoterapia	
Psiquiatria e Unidades Socio-Ocupacionais	
Valor Total do Hospital de Dia	
6. Rastreios - 1ª de Rastreio	
Rastreios do Cancro da Mama	
Rastreio do Cancro do Colo do Utero	150
Rastreio do Cancro do Cólon e Reto	250
Rastreio da Retinopatia Visual	80
Rastreio Visual infantil	80
7. Sessões de Radioterapia	
Tratamentos simples	
Tratamentos complexos	
8. Sessões de Quimioterapia	
Sessões de Quimioterapia	
9. Serviços Domiciliares	
Consultas Domiciliares	
Hospitalização domiciliar	120

Desempenho

Indicadores de desempenho organizacional
Percentagem de utentes inscritos em USF
Percentagem de utentes abrangidos por UCC
Percentagem de primeiras consultas hospitalares de telemedicina no total de consultas hospitalares realizadas
Média da percentagem de GDH, de consultas externas, e/ou de MCDT (conforme aplicável), realizados em GRI no total de episódios
Proporção de mulheres entre 50-59 anos, com rastreio do cancro da mama efetuado por "mamografia de rastreio"
Tempo médio de codificação e agrupamento em GDH (em dias)
Número de reclamações ponderadas por residente

APÊNDICE III
Objetivos de Acesso, Desempenho Económico-Financeiro e Integração de
Cuidados

Instituição: ULS Nordeste

Contratualização 2024

Objetivos Nacionais	Peso Relativo (%)	Meta
1. Cuidados de Saúde		
A. Acesso	38,8%	
A.1 Índice de Desempenho* da Sub-área Acesso	15,0%	70,0
A.2. Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	7,5%	
A.3. Percentagem de utentes em Lista de Inscrições para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG	7,5%	65,0
B. Desempenho Assistencial	39,8%	
B.1 Índice de Desempenho* da Sub-área Gestão da Saúde	5,0%	75,0
B.2. Índice de Desempenho* da Sub-área Gestão da Doença	5,0%	70,0
B.3. Índice de Desempenho* da Sub-área Qualificação da Prescrição	5,0%	65,0
B.4. Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico	2,0%	3,50
B.5. Percentagem de cirurgias em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatoriais***	2,0%	25,0
B.6. Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	2,0%	62,5
B.7. Demora média ajustada	2,0%	1,0500
B.8. Demora média antes da cirurgia	1,5%	1,00
B.9. Valor em saúde na cirurgia de catarata	1,5%	
B.10. Número de ensaios clínicos iniciados no ano	1,5%	1
B.11. Percentagem de doentes saídos em hospitalização domiciliar (GDH) no total de doentes saídos (GDH)	1,5%	1,0
B.12. Percentagem de consultas hospitalares descentralizadas, domiciliárias e de saúde mental na comunidade no total de consultas hospitalares realizadas	1,0%	0,8
C. Desempenho Económico-Financeiro	15,8%	
C.1. Gastos operacionais por inscritos	3,0%	
C.2. Doente padrão por médico ETC	3,0%	
C.3. Doente padrão por enfermeiro ETC	3,0%	
C.4. Percentagem dos gastos com trabalho extraordinário, suplementos e fornecimentos e serviços externos (selecionados) no total de gastos com pessoal	3,0%	
C.5. EB4TDA	3,0%	
3. Integração de Cuidados	25,8%	
D.1. Resolutividade em doença aguda dos CSP	3,0%	58,0
D.2. Percentagem de população rastreada no Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU) no total de população inscrita elegível	3,0%	
D.3. Percentagem de população rastreada no Rastreio do Cancro do Cólon e Reto (RCCR) no total de população inscrita elegível	3,0%	
D.4. Percentagem de utilizadores frequentes do SU (> 4 episódios no ano)	3,0%	4,7
D.5. Percentagem de episódios tratados com cor verde, azul ou branca no SU	3,0%	35,3
D.6. Taxa de internamento para amputação de membro inferior em pessoas com diabetes (ajustada para uma população padrão) (ID 360)**	2,0%	
D.7. Taxa de internamentos evitáveis na população adulta (ajustada para uma população padrão) (ID 365)**	3,0%	
D.8. Proporção de consultas de psicologia, nutrição e medicina dentária referenciadas por médicos dos cuidados de saúde primários ou médicos hospitalares, realizadas em menos de 90 dias	3,0%	
D.9. Avaliação do nível de satisfação dos utentes	2,0%	

APÊNDICE IV Programas Específicos

Assistência Médica no Estrangeiro - assistência médica de grande especialização realizada no estrangeiro, por falta de meios técnicos ou humanos, nos termos do Decreto-Lei n.º 177/92, 13 de agosto.

Convenções Internacionais - engloba os cuidados prestados a cidadãos provenientes da União Europeia, ao abrigo dos Regulamentos Comunitários, e a cidadãos abrangidos por Acordos Bilaterais celebrados com Países Terceiros.

Incentivos aos Transplantes - atribuídos nos termos da legislação específica.

Programa de promoção de investigação e desenvolvimento, que se pretende estimular e alargar ao âmbito dos cuidados de saúde primários, numa lógica integradora.

*: conforme definido na matriz multidimensional dos cuidados de saúde primários.

**: conforme bilhete de identidade definido no Sistema de Dados Mestre (SDM) da ACSS.

***: procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis são os procedimentos que, embora não universalmente realizados em ambulatório, a sua realização em menos de 24 horas está prevista (são identificados como procedimentos ambulatorizáveis de tipo B no Relatório Final da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório).

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 da doença, de terapêutica ou de reabilitação.

APÊNDICE VI
Demonstração Previsional De Resultados - Gastos

Instituição: UL5 Nordeste

Contratualização 2024

	Valor Estimado 2023	Valor Contratualizado 2024	% Var 2024/2023
60 - Transferências e subsídios concedidos			
% do Total Geral	0,00%	0,00%	
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	16 434 820,25 €	19 094 378,23 €	16,18%
61.1 - Mercadorias			
61.2 - Matérias-primas, subsidiárias e de consumo	16 434 820,25 €	19 094 378,23 €	16,18%
61.2.4 - Matérias de consumo clínico	16 434 820,25 €	19 094 378,23 €	16,18%
61.2.4.1 - Produtos farmacêuticos	9 319 044,32 €	11 854 796,06 €	27,21%
61.2.4.1.1 - Medicamentos	7 160 510,85 €	9 291 890,03 €	29,77%
61.2.4.1.2 - Reagentes e produtos de diagnóstico rápido	2 158 533,46 €	2 562 906,03 €	18,73%
61.2.4.1.9 - Outros produtos farmacêuticos	0,00 €	0,00 €	
61.2.4.2 - Material de consumo clínico	5 512 142,71 €	6 686 958,12 €	2,68%
61.2.4.3 - Material de consumo hoteleiro	352 535,18 €	314 673,02 €	-10,76%
61.2.4.4 - Material de consumo administrativo	160 130,14 €	134 083,12 €	-16,27%
61.2.4.5 - Material de manutenção e conservação	90 907,90 €	103 867,51 €	14,26%
61.2.4.9 - Outro material de consumo	0,00 €	0,00 €	
61.2.6 - Alimentação - gêneros para confeccionar	0,00 €	0,00 €	
61.3 - Ativos biológicos	0,00 €	0,00 €	
Sub-total	16 434 820,25 €	19 094 378,23 €	16,18%
% do Total Geral	11,00%	10,20%	
62.1 - Subcontratos e parcerias	14 097 502,65 €	43 112 423,92 €	205,81%
62.1.1 - Serviços de saúde	14 097 716,08 €	43 112 423,92 €	205,81%
62.1.1.1 - Meios complementares de diagnóstico	7 847 111,65 €	8 277 342,91 €	5,48%
62.1.1.1.1 - Patologia clínica	2 128 517,37 €	2 237 091,55 €	5,10%
62.1.1.1.2 - Anatomia patológica	138 583,67 €	125 805,06 €	-9,22%
62.1.1.1.3 - Imagiologia	3 349 751,30 €	3 530 494,15 €	5,40%
62.1.1.1.4 - Cardiologia	185 001,05 €	364 382,53 €	96,96%
62.1.1.1.5 - Eletroencefalografia	47 500,75 €	67 531,10 €	42,17%
62.1.1.1.6 - Medicina nuclear	173 897,62 €	225 901,58 €	29,90%
62.1.1.1.7 - Gastroenterologia	1 743 978,52 €	1 484 576,35 €	-14,86%
62.1.1.1.8 - Pneumologia / Imunoiatrogologia	10 010,60 €	12 206,52 €	21,94%
62.1.1.1.9 - Outros Meios de Diagnóstico	69 570,77 €	229 054,07 €	227,83%
62.1.1.2 - Meios complementares de terapêutica	6 030 975,91 €	5 901 279,73 €	-2,15%
62.1.1.2.1 - Hemodiálise	3 576 594,29 €	3 303 000,67 €	-7,65%
62.1.1.2.2 - Medicina física e de reabilitação	53 458,03 €	55 399,87 €	3,63%
62.1.1.2.3 - Urologia	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	81 522,36 €	0,00 €	-100,00%
62.1.1.5 - Internamentos	17 041,45 €	54 129,79 €	217,64%
62.1.1.9 - Outros subcontratos	121 064,71 €	178 257,48 €	47,24%
62.1.1.9.1 - Assistência ambulatoria	2 750,30 €	0,00 €	-100,00%
62.1.1.9.2 - Aparelhos complementares de terapêutica	80 526,51 €	124 659,22 €	54,81%
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	86,57 €	0,00 €	-100,00%
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	15 172 379,17 €	16 683 467,94 €	9,96%
62.3 - Materiais de consumo	42 916,74 €	7 685,91 €	-82,09%
62.4 - Energia e fluidos	3 333 897,47 €	2 435 674,40 €	-26,94%
62.5 - Deslocações, estadas e transportes	3 764 145,87 €	4 425 352,79 €	17,57%
62.5.5 - Transporte de doentes	3 720 492,51 €	4 387 358,88 €	17,92%
62.6 - Serviços diversos	1 657 086,56 €	2 407 713,48 €	45,30%
SUB-TOTAL	38 565 325,48 €	69 072 318,44 €	17,84%
% do Total Geral	26,00%	37,00%	
63 - Gastos com o pessoal	85 806 563,54 €	94 538 827,64 €	10,56%
63.0 - Remunerações dos titulares de órgãos de soberania e membros de órgãos autárquicos	0,00 €		
63.1 - Remunerações dos órgãos sociais e de gestão	428 854,23 €	440 976,81 €	2,83%
63.2 - Remunerações do pessoal	67 775 469,11 €	76 254 421,16 €	12,51%
63.2.1.1 - Remuneração base	39 462 786,21 €	46 771 129,41 €	18,52%
63.2.1.1.1 - Pessoal em regime de nomeação definitiva e contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado	19 606 013,39 €	21 539 288,09 €	11,90%
63.2.1.1.2 - Pessoal em regime de nomeação transitória e contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo	2 528 378,23 €	2 968 280,46 €	17,40%
63.2.1.1.3 - Pessoal em regime de contrato individual de trabalho a termo resolutivo incerto	1 144 666,83 €	779 963,78 €	-31,86%
63.2.1.1.4 - Pessoal em regime de contrato individual de trabalho a termo resolutivo certo	258 588,61 €	290 501,50 €	12,34%
63.2.1.1.5 - Pessoal em regime de contrato individual de trabalho sem termo	15 199 974,74 €	19 796 313,80 €	30,24%
63.2.1.1.6 - Pessoal em ordem de interesse público e em comissão de serviço	101 675,52 €	114 656,01 €	12,77%
63.2.1.1.7 - Pessoal em comissão de Serviço – Dirigentes	204 523,76 €	334 533,70 €	63,57%
63.2.1.1.8 - Pessoal em mobilidade especial	0,00 €	0,00 €	
63.2.1.1.9 - Pessoal em qualquer outra situação	418 965,13 €	547 592,07 €	30,70%
63.2.1.2 - Subsídio de férias	3 517 680,48 €	3 517 680,48 €	0,00%
63.2.1.3 - Subsídio de Natal	3 243 061,97 €	3 243 061,97 €	0,00%
63.2.1.5 - Subsídio de refeição	2 677 547,65 €	2 761 925,84 €	3,15%
63.2.2 - Abonos variáveis ou eventuais	18 860 437,67 €	19 542 853,60 €	3,62%
63.2.2.02 - Alimentação e alojamento	0,00 €	0,00 €	
63.2.2.03 - Ajudas de custo	238 547,39 €	240 147,30 €	0,67%
63.2.2.04 - Trabalho extraordinário	13 298 550,20 €	13 428 141,66 €	0,97%
63.2.2.04.1 - Horas Extraordinárias	11 068 102,01 €	10 888 476,57 €	-1,60%
63.2.2.04.2 - Prevenções	2 210 448,19 €	2 539 665,09 €	14,89%
63.2.2.05.1 - Prémios de desempenho	0,00 €	0,00 €	
63.2.2.06 - Abono para faltas	35 138,79 €	25 597,81 €	-27,15%
63.2.2.07 - Subsídio de prevenção, trabalho noturno e de turno	3 247 532,16 €	3 783 062,81 €	16,49%
63.2.2.07.1 - Noites e Suplementos	3 247 532,16 €	3 783 062,81 €	16,49%
63.2.2.07.2 - Subsídio de turno	0,00 €	0,00 €	
63.2.2.99.1 - SIGIC	1 400 842,81 €	1 746 365,95 €	24,67%
63.2.2.99.9 - Outros	472 301,67 €	161 449,79 €	-65,82%
63.3 - Benefícios pós-emprego	4 710,95 €	1 996,41 €	-57,62%
63.3.9 - Outros benefícios	4 710,95 €	1 996,41 €	-57,62%
63.4 - Indemnizações	0,00 €	1 544,43 €	
63.5 - Encargos sobre remunerações	16 014 941,74 €	16 520 003,29 €	3,15%
63.5.1.2.2 - Segurança Social - Prestações Sociais Diretas	0,00 €	0,00 €	
63.6 - Acidentes no trabalho e doenças profissionais	469 105,83 €	717 897,38 €	53,04%
63.7 - Gastos de ação social	21 940,32 €	25 630,15 €	16,82%
63.7.2 - Encargos sociais voluntários	1 620,00 €	0,00 €	-100,00%

4

63.8 - Outros gastos com o pessoal	103 042,64 €	76 953,85 €	-25,32%
63.8.9 - Outros	103 042,64 €	76 953,85 €	-25,32%
63.9 - Outros encargos sociais	686 438,72 €	499 404,16 €	-27,46%
Sub-Total	85 026 023,54 €	64 536 827,64 €	-24,22%
% 3/ Total Geral	80,00%	51,00%	
64 - Gastos de depreciação e de amortização	3 794 454,96 €	3 776 450,62 €	-0,47%
% 3/ Total Geral	3,00%	3,00%	
65 - Perdas por imparidade	29 915,67 €	29 915,67 €	0,00%
% 3/ Total Geral	0,00%	0,00%	
66 - Perdas por reduções de justo valor	0,00 €		
% 3/ Total Geral	0,00%	0,00%	
67 - Provisões do período	128 229,93 €	128 229,93 €	0,00%
% 3/ Total Geral	0,00%	0,00%	
68 - Outros gastos	711 506,81 €	250 100,68 €	-64,85%
% 3/ Total Geral	0,00%	0,00%	
69 - Gastos por juros e outros encargos	165,29 €	12 507,79 €	7467,18%
% 3/ Total Geral	0,00%	0,00%	
TOTAL GERAL	144 673 834,81 €	106 902 728,90 €	-26,19%

[Handwritten signatures and initials]

APÊNDICE VI
Demonstração Previsional De Resultados - Rendimentos

Instituição: UL8 Nordeste		Contratualização 2024	
	Valor Estimado 2023	Valor Contratualizado 2024	% Var 2024/2023
70 - Impostos, contribuições e taxas	378 532,34 €	609 585,56 €	61,04%
70.1 - Impostos diretos			
70.2 - Impostos indiretos			
70.3 - Contribuições para sistemas de proteção social e subsistemas de saúde			
70.4 - Taxas, multas e outras penalidades	378 532,34 €	609 585,56 €	61,04%
70.4.1.08 - Taxas moderadoras	378 194,03 €	609 292,10 €	61,11%
70.4.1.08.1 - Consultas	12 533,62 €	6 500,00 €	-47,34%
70.4.1.08.2 - Urgência/SAP	242 904,10 €	437 259,05 €	80,01%
70.4.1.08.3 - Meios complementares diagnóstico e terapêutica	122 657,61 €	165 391,55 €	34,84%
70.4.1.08.9 - Outros	96,70 €	41,50 €	-57,95%
Sub-Total	378 532,34 €	609 585,56 €	61,04%
% do Total Geral	0,00%	0,00%	
71 - Vendas			
71.1 - Mercadorias			
71.2 - Produtos acabados e intermediários			
71.3 - Subprodutos, desperdícios, resíduos e refugos			
71.4 - Ativos biológicos			
71.7 - Devoluções de vendas			
71.8 - Descontos e abatimentos em vendas			
% do Total Geral	0,00%	0,00%	
72 - Prestações de serviços e concessões	124 786 287,79 €	154 807 111,64 €	24,06%
72.01 - Serviços específicos do setor da saúde	124 786 287,79 €	154 807 111,64 €	24,06%
72.01.1 - SNS - SERVIÇO NACIONAL SAÚDE (Contrato Programa EPE)	122 287 774,39 €	152 455 200,00 €	24,67%
72.01.1.1 - Internamento			
72.01.1.1.1 - GDH Médicos			
72.01.1.1.2 - GDH Cirúrgicos			
72.01.1.1.3 - GDH Cirúrgicos Urgentes			
72.01.1.1.4 - Dias Internamento Doentes Crónicos			
72.01.1.2 - Consulta			
72.01.1.2.1 - Primeiras Consultas			
72.01.1.2.2 - Consultas Subsequentes			
72.01.1.3 - Urgência			
72.01.1.3.1 - Atendimento (SU-Polivalente)			
72.01.1.3.2 - Atendimento (SU-Médico Cirúrgica)			
72.01.1.3.3 - ECMO (Centros de Oxigenação por Membrana Extracorporea)			
72.01.1.3.4 - Atendimento (SU-Básica)			
72.01.1.4 - GDH Ambulatório			
72.01.1.4.1 - GDH Cirúrgicos			
72.01.1.4.2 - GDH Médicos			
72.01.1.5 - Hospital de dia			
72.01.1.6 - Outras prestações serviços saúde	122 287 774,39 €	152 455 200,00 €	24,67%
72.01.1.6.1 - Serviço Domiciliário			
72.01.1.6.2 - Programas de gestão da doença crónica			
72.01.1.6.2.1 - VIH/Sida			
72.01.1.6.2.2 - Esclerose Múltipla			
72.01.1.6.2.3 - Hipertensão Pulmonar			

72.01.1.6.2.4 - Câncer			
72.01.1.6.2.4.1 - Câncer da Mama			
72.01.1.6.2.4.2 - Câncer do Colo do Útero			
72.01.1.6.2.4.3 - Câncer do Cólon e Reto			
72.01.1.6.2.4.9 - Outros			
72.01.1.6.2.5 - Telemonitorização			
72.01.1.6.2.5.1 - Telemonitorização DPOC			
72.01.1.6.2.5.2 - Telemonitorização EAM			
72.01.1.6.2.5.3 - Telemonitorização ICC			
72.01.1.6.2.5.9 - Outros			
72.01.1.6.2.6 - PSCI			
72.01.1.6.2.7 - Doenças Lisossomais			
72.01.1.6.2.8 - PAF1 - Paramitokiose			
72.01.1.6.2.9 - Outros Programas de Gestão da Doença Crónica			
72.01.1.6.3 - Saúde Sexual e Reprodutiva	0,00 €		
72.01.1.6.3.1 - IVG até às 10 semanas	0,00 €		
72.01.1.6.3.2 - PMA - Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade	0,00 €		
72.01.1.6.3.3 - Diagnóstico Pré-Natal	0,00 €		
72.01.1.6.3.4 - Banco de Gametas	0,00 €		
72.01.1.6.5 - Valor Captaçional (ULS)	110 021 865,13 €	152 455 200,00 €	38,57%
72.01.1.6.6 - Sessões de Radioterapia	0,00 €		
72.01.1.6.7 - Medicamentos de Cedência em Ambulatório	0,00 €		
72.01.1.6.8 - Internos	0,00 €	0,00 €	
72.01.1.6.9 - Outras prestações de serviços	0,00 €		
72.01.2 - Prestações de Saúde de Financiamento Vertical (ACSS)	1 395 305,71 €	1 435 759,58 €	2,90%
72.01.3 - Outras entidades responsáveis	1 103 207,65 €	916 142,06 €	-16,96%
72.01.3.1 - Internamento	400 585,31 €	512 166,07 €	27,85%
72.01.3.2 - Consulta	13 177,32 €	5 839,72 €	-55,66%
72.01.3.3 - Urgência/SAP	78 130,46 €	76 779,28 €	-1,73%
72.01.3.3.1 - Urgência	73 850,32 €	73 482,42 €	-0,50%
72.01.3.3.2 - Serviço de atendimento permanente	1 049,00 €	1 294,65 €	23,42%
72.01.3.3.9 - Outros	3 231,14 €	2 002,21 €	-38,03%
72.01.3.4 - Quartos particulares	0,00 €		
72.01.3.5 - Hospital de dia	0,00 €		
72.01.3.6 - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	362 538,04 €	65 727,92 €	-81,87%
72.01.3.6.1 - Meios de Diagnóstico	65 558,98 €	41 078,63 €	-37,63%
72.01.3.6.1.1 - Patologia clínica	10 173,29 €	8 751,78 €	-13,97%
72.01.3.6.1.2 - Anatomia patológica	10,51 €		-100,00%
72.01.3.6.1.3 - Imagiologia	49 969,38 €	30 904,85 €	-38,15%
72.01.3.6.1.4 - Cardiologia	13,00 €	0,00 €	-100,00%
72.01.3.6.1.5 - Medicina nuclear	0,00 €		
72.01.3.6.1.6 - Gastroenterologia	3,70 €		-100,00%
72.01.3.6.1.9 - Outros	5 589,10 €	1 422,20 €	-75,00%
72.01.3.6.2 - Meios de Terapêutica	296 679,06 €	24 649,09 €	-91,69%
72.01.3.6.2.1 - Hemodiálise	296 663,72 €	24 579,09 €	-91,71%
72.01.3.6.2.2 - Medicina física e de reabilitação	8,50 €	40,00 €	370,59%
72.01.3.6.2.3 - Litotricia	0,00 €		
72.01.3.6.2.4 - Quimioterapia	0,00 €		
72.01.3.6.2.5 - Radioterapia	0,00 €		
72.01.3.6.2.9 - Outros	6,84 €	30,00 €	338,60%
72.01.3.7 - Serviços domiciliários	0,00 €		
72.01.3.8 - GDH AMBULATÓRIO			
72.01.3.8.1 - GDH Cirúrgicos			

72.01.3.8.2 - GDH Médicos			
72.01.3.9 - Outras prestações de serviços	248 776,56 €	255 629,07 €	2,75%
72.01.3.9.1 - Análises sanitárias	804,67 €	466,00 €	-42,09%
72.01.3.9.2 - Convenções Internacionais	0,00 €		
72.01.3.9.3 - Unidades terapêuticas de sangue	0,00 €		
72.01.3.9.9 - Outras	247 971,89 €	255 163,07 €	2,90%
72.05 - Concessões	0,00 €		
72.06 - Vistorias e ensaios	0,00 €		
72.07 - Estudos, pareceres, projetos e consultadoria	0,00 €		
72.08 - Serviços sociais, recreativos, culturais e desporto	0,00 €		
72.09 - Transporte de doentes	0,00 €		
72.10 - Serviços laboratoriais	0,00 €		
72.11 - Aluguer de equipamentos	0,00 €		
72.12 - Arrendamento	0,00 €		
72.13 - Reparações	0,00 €		
72.14 - Subsistemas de saúde facultativos	0,00 €		
72.99 - Outros serviços	0,00 €	0,00 €	
Sub-Total	124 386 257,73 €	154 807 111,54 €	24,26%
% do Total Geral	36,00%	36,00%	
73 - Variações nos inventários da produção	0,00 €		
% do Total Geral	0,00%	0,00%	
74 - Trabalhos para a própria entidade	0,00 €		
% do Total Geral	0,00%	0,00%	
75 - Transferências e subsídios correntes obtidos	3 945 881,34 €	521 825,56 €	-86,87%
% do Total Geral	3,00%	0,25%	
76 - Reversões	407 638,34 €	407 638,34 €	0,00%
% do Total Geral	0,00%	0,00%	
77 - Ganhos por aumentos de justo valor	0,00 €		
% do Total Geral	0,00%	0,00%	
78 - Outros rendimentos	1 258 169,42 €	1 227 793,00 €	-2,41%
78.1 - Rendimentos suplementares	243 455,80 €	216 375,55 €	-11,12%
% do Total Geral	1,00%	1,00%	
79 - Juros, dividendos e outros rendimentos similares	390,00 €	1 235,00 €	311,57%
% do Total Geral	0,00%	0,00%	
TOTAL GERAL	130 776 809,23 €	157 560 189,10 €	20,50%

APÊNDICE VII
Demonstração Previsional De Fluxos De Caixa

Instituição: ULS Nordeste	Valor Estimado 2023	Valor Contratualizado 2024	% Var 2024 / 2023
Fluxos de Atividades Operacionais			
Recebimento de Clientes	131 515 956,83 €	154 807 111,64 €	17,71%
Recebimento de Contribuintes			
Recebimento de Utentes	615 120,62 €	609 585,56 €	-0,90%
Pagamento a Fornecedoros	-60 212 815,49 €	-51 716 587,67 €	2,50%
Pagamentos ao Pessoal	-84 054 347,45 €	-94 538 827,64 €	12,47%
Caixa gerada pelas operações	-12 136 085,49 €	-438 818,11 €	-93,60%
Outros recebimentos/pagamentos	633 317,89 €	1 448 271,54 €	128,68%
Fluxos de caixa das atividades operacionais	-11 502 768,60 €	809 453,43 €	-105,39%
Fluxos de Atividades de Investimento			
Pagamentos Resgatantes a (-)	-7 781 832,16 €	-4 687 872,57 €	-40,79%
Ativos Fixos Tangíveis	-2 215 479,11 €	-1 550 835,38 €	-30,00%
Ativos Intangíveis	-88 311,27 €	-61 817,89 €	-30,00%
Propriedades de Investimento			
Investimentos Financeiros	-1 200 000,00 €	0,00 €	-100,00%
Outros Ativos	-4 277 741,80 €	-2 994 419,26 €	-30,00%
Recebimentos Provenientes de (+)	2 828 628,20 €	1 221 168,90 €	-44,83%
Ativos Fixos Tangíveis			
Ativos Intangíveis			
Propriedades de Investimento			
Investimentos Financeiros	1 200 000,00 €	0,00 €	-100,00%
Outros Ativos			
Subsídios ao Investimento	1 628 225,20 €	1 221 168,90 €	-25,00%
Transferências de Capital			
Juros e Rendimentos Similares	300,00 €	0,00 €	-100,00%
Dividendos			
Fluxos de caixa das atividades de investimento	-4 953 203,96 €	-3 365 803,67 €	-21,54%
Fluxos de Atividades de Financiamento			
Recebimentos Provenientes de (+)	17 813 885,31 €	0,00 €	-100,00%
Financiamentos Obtidos	3 161 532,91 €	0,00 €	-100,00%
Realizações de capital e de outros instrumentos de capital	5 623 246,00 €	0,00 €	-100,00%
Cobertura de prejuízos	9 029 107,00 €	0,00 €	-100,00%
Doações			
Outras operações de financiamento			
Pagamentos Resgatantes a (-)	-155,29 €	0,00 €	-100,00%
Financiamentos obtidos			
Juros e gastos similares	-155,29 €	0,00 €	-100,00%
Dividendos			
Reduções de capital e de outros instrumentos de capital			
Outras operações de financiamento			
Fluxos de caixa das atividades de financiamento	17 813 730,02 €	0,00 €	-100,00%
Variação de caixa e seus equivalentes	1 357 945,04 €	-2 776 450,26 €	-304,46%
Efeito das diferenças de câmbio	1,00 €	0,00 €	
Caixa e seus equivalentes no início do período	1 784 402,83 €	3 142 347,87 €	76,10%
Caixa e seus equivalentes no fim do período	3 142 347,87 €	365 897,67 €	-88,36%
Conciliação entre caixa e seus equivalentes e saldo de gestão			
Caixa e seus equivalentes no início do período	1 784 402,83 €	3 142 347,87 €	76,10%
Equivalentes a caixa no início do período			
Variações cambiais de caixa no início do período			
Saldo da gestão anterior	1 784 402,83 €	3 142 347,87 €	76,10%
Da execução orçamental	1 441 066,62 €	2 114 112,12 €	46,70%
Das operações de tesouraria	343 336,21 €	1 028 235,75 €	199,48%

Caixa e seus equivalentes no fim do período	3 142 347,87 €	365 697,67 €	-88,36%
Equivalentes a caixa no fim do período			
Variações cambiais de caixa no fim do período			
Ganho para a gerência seguinte	3 142 347,87 €	365 697,67 €	-88,36%
Da execução orçamental	2 114 112,12 €	365 697,67 €	-82,69%
Das operações de tesouraria	1 028 235,75 €	0,00 €	-100,00%

APÊNDICE VIII
Balço Previsional - Ativo

Instituição: ULS Nordeste

Contabilização 2024

	AL - Ativo Líquido 2023	AL - Ativo Líquido 2024
Ativo não corrente		
Ativos Físicos Tangíveis	37 070 607,04	39 813 831,96
Propriedades de Investimento		
Ativos Intangíveis	301 001,02	294 198,40
Ativos Biológicos		
Investimentos Financeiros		
Devedores por empréstimos bonificados e subsídios reembolsáveis		
Acionistas/sócios/associados		
Diferimentos		
Outros Ativos Financeiros	1 201 380,29	0,00
Ativos por impostos diferidos		
Sub-Total	38 572 988,35	40 108 030,36
Ativo corrente		
Inventários	2 808 153,64	3 330 470,45
Ativos Biológicos		
Devedores por transferências e subsídios não reembolsáveis	1 392,66	0,00
Devedores por empréstimos bonificados e subsídios reembolsáveis		
Cientes, Contribuintes e Utentes	389 113,16	379 385,33
Estado e Outros Entes Públicos	271 162,49	201 162,49
Acionistas/sócios/associados		
Outras contas a receber	24 522 455,75	24 453 792,87
Diferimentos		
Ativos Financeiros Detidos para Negociação		
Outros Ativos Financeiros		
Ativos não correntes detidos para venda		
Caixa e depósitos	3 142 347,87	365 857,67
Sub-Total	31 134 625,97	28 730 708,81
Total do Ativo	69 707 614,32	68 838 739,17

APÊNDICE VIII
Balanco Previsional - Patrimônio Líquido e Passivo

Instituição: ULS Nordeste

Contratualização 2024

	Patrimônio Líquido e Passivo 2023	Patrimônio Líquido e Passivo 2024
Patrimônio Líquido		
Patrimônio/Capital	79.563.246,00	79.563.246,00
Ações (quotas) próprias		
Outros Instrumentos de Capital próprio		
Premios de emissão		
Reservas		
Resultados transferidos	-54.873.443,10	-56.821.275,20
Ajustamentos em ativos financeiros		
Excedentes de revalorização		
Outras variações no patrimônio líquido	19.045.549,86	20.204.207,51
Resultado líquido do período	-13.947.632,10	-29.370.346,22
Dividendos antecipados		
Interesses que não controlam		
Total do Patrimônio Líquido	-212.475,34	-25.424.167,91
Passivo		
Passivo não corrente		
Provisões	662.399,22	413.101,51
Financiamentos Obtidos	5.710.536,21	5.710.536,21
Fornecedores de investimentos		
Responsabilidades por benefícios pós-emprego		
Diferimentos	4.405.350,78	3.246.693,03
Passivos por impostos diferidos	779.101,34	735.082,11
Outras contas a pagar	3.070,22	3.070,22
Sub-Total	11.560.457,77	10.108.483,08
Passivo corrente		
Credores por transferências e subsídios não reembolsáveis concedidos		
Fornecedores	10.740.595,94	20.081.432,87
Adiantamento de clientes, contribuintes e usuários	24.250.145,76	24.250.145,76
Estado e outros entes públicos	1.089.658,10	1.167.895,55
Acionistas/sócios/associados		
Financiamentos Obtidos		
Fornecedores de investimento	1.336.638,55	2.503.194,11
Outras contas a pagar	20.108.107,54	37.595.543,11
Diferimentos	532.290,00	1.556.112,52
Passivos financeiros devidos para negociação		
Outros passivos financeiros		
Total do Passivo	68.920.293,66	67.263.627,00
Total do Patrimônio Líquido e Passivo	66.707.614,32	61.839.459,09

Anexo 4

Extrato da ata da reunião do Conselho de Administração em que foi deliberada a aprovação do RGS 2024.

