

# Relatório de Governo Societário

# 2025



## Índice

Abreviaturas, acrónimos e siglas .....	3
I. Síntese (Sumário Executivo).....	4
II. Missão, Objetivos e Políticas.....	7
III. Estrutura de Capital.....	14
IV. Participações Sociais e Obrigações detidas.....	15
V. Órgãos Sociais e Comissões .....	16
A. Modelo de Governo.....	16
B. Assembleia Geral .....	17
C. Administração e Supervisão .....	18
D. Fiscalização.....	31
E. Revisor Oficial de Contas (ROC) .....	36
F. Conselho Consultivo .....	37
G. Auditor Externo.....	37
VI. Organização Interna .....	38
A. Estatutos e Comunicações .....	38
B. Controlo Interno e Gestão de Riscos .....	41
C. Regulamentos e Códigos .....	49
D. Deveres Especiais de Informação .....	51
E. Sítio na <i>Internet</i> .....	52
F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral (caso aplicável) .....	56
VII. Remunerações .....	58
A. Competência para a Determinação .....	58
B. Comissão de Fixação de Remunerações.....	59
C. Estrutura das Remunerações .....	59
D. Divulgação das Remunerações.....	60
VIII. Transações com Partes Relacionadas e Outras.....	62
IX. Análise de Sustentabilidade da Empresa nos Domínios Económico, Social e Ambiental.....	64
X. Avaliação do Governo Societário .....	76
XI. Anexos do RGS .....	78

## Abreviaturas, acrónimos e siglas

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

## I. Síntese (Sumário Executivo)

A Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E. (ULSLO) é um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, e de natureza empresarial, criado pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que agregou numa única instituição o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (CHLO), os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Ocidental e Oeiras e o Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais, sem prejuízo de articulação com o Hospital de Cascais.

A sua área de influência, de aproximadamente 162,68 km<sup>2</sup> e 492.133 utentes inscritos, engloba:

- 4 freguesias pertencentes à zona ocidental de Lisboa: Ajuda, Belém, Alcântara e Campo de Ourique (Santo Condestável);
- 5 freguesias do concelho de Oeiras: União de freguesias de Algés, Linda-a-Velha, Cruz Quebrada e Dafundo; União de Freguesias de Oeiras e São Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias; União de freguesias de Carnaxide e Queijas; Barcarena e Porto Salvo.
- 4 freguesias do concelho de Cascais: Alcabideche, São Domingos de Rana, União das Freguesias de Carcavelos e Parede e União das Freguesias de Cascais e Estoril.

A ULSLO é composta por

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

Os Cuidados Hospitalares são entidades de referência regional e nacional na área da prestação de cuidados de saúde, assumindo-se como centro de referência em inúmeras patologias de especial complexidade, cuja atividade se estende a todo o território nacional e às Regiões Autónomas, sendo hospital de primeira linha para as freguesias de Ajuda, Alcântara, Belém e Campo de Ourique do Concelho de Lisboa e para o total das freguesias do Concelho de Oeiras.

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

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

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

Salienta-se igualmente o foco dado pela aproximação à comunidade do Serviço de Psiquiatria com a maturação ao longo de anos, de três equipas comunitárias de Saúde Mental, perfeitamente enquadradas na ULSLO e na comunidade, funcionando em Lisboa, Oeiras e Dafundo em instalações cedida pela Câmara Municipal de Oeiras.

No âmbito do reforço do poder do cidadão no SNS, o princípio do Livre Acesso e Circulação (LAC) dos utentes permite a referência para a primeira consulta hospitalar de especialidade através do médico de Medicina Geral e Familiar em qualquer das unidades hospitalares do SNS, sempre que a rede de referência abranja a especialidade em causa. Nesse contexto a ULSLO orienta a sua ação de forma a garantir o acesso a todos os utentes, independentemente da sua área de residência.



Tabela 1 Práticas de bom governo - sumário

CAPÍTULO II do RJSPE – Práticas de bom governo		sim	não	data
<b>Artigo 43.º</b>	apresentou plano de atividades e orçamento para 2025 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponíveis	X		Primeira versão submetida no SICA: a 20 de dezembro de 2024. Revisão das demonstrações financeiras em março de 2026 (a pedido da DE-SNS)
	obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de atividades e orçamento para 2025	X		Despacho n.º 24/2005/MS, de 4 de dezembro
<b>Artigo 44.º</b>	divulgou informação sobre estrutura acionista, participações sociais, operações com participações sociais, garantias financeiras e assunção de dívidas ou passivos, execução dos objetivos, documentos de prestação de contas, relatórios trimestrais de execução orçamental com relatório do órgão de fiscalização, identidade e curriculum dos membros dos órgãos sociais, remunerações e outros benefícios	X		A ULSLO divulga a informação relevante pelos canais próprios. Após a aprovação das contas, a ULSLO atualiza esta informação.
<b>Artigo 45.º</b>	submeteu a informação financeira anual ao Revisor Oficial de Contas, que é responsável pela Certificação Legal das Contas da empresa	X		No decorrer do processo de fecho de contas.
<b>Artigo 46.º</b>	elaborou os relatórios de avaliação do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas		X	O relatório anual de 2025 encontra-se em fase de finalização. Está publicado no sítio da internet da ULSLO o relatório intercalar de 2025.
<b>Artigo 47.º</b>	adotou um código de ética e divulgou o documento	X		Revisão em 03/12/2024 Última versão aprovada a 29/01/2025 Nova Revisão em curso
<b>Artigo 48.º</b>	tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada	X		Acordo Modificativo ao CP, para 2025, homologado a 30/01/2025.
<b>Artigo 49.º</b>	prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiental	X		-
<b>Artigo 50.º</b>	implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade	X		-
<b>Artigo 51.º</b>	declarou a independência de todos os membros do órgão de administração e que os mesmos se abstêm de participar nas decisões que envolvam os seus próprios interesses	X		02/01/2025
<b>Artigo 52.º</b>	declarou que todos os membros do órgão de administração cumpriram a obrigação de comunicar as participações patrimoniais que detenham na empresa e relações suscetíveis de gerar conflitos de interesse ao órgão de administração, ao órgão de fiscalização e à Inspeção Geral de Finanças	X		02/01/2025
<b>Artigo 53.º</b>	providenciou no sentido de que a UTAM tenha condições para que toda a informação a divulgar possa constar do sítio na <i>internet</i> da Unidade Técnica	X		-
<b>Artigo 54.º</b>	apresentou o relatório do órgão de fiscalização em que é aferido constar do relatório anual de práticas de governo societário informação atual e completa sobre todas as matérias tratadas no Capítulo II do RJSPE (boas práticas de governação)			O processo de encerramento de contas encontra-se a ser finalizado.

## II. Missão, Objetivos e Políticas

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

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

Intervém de acordo com as áreas de influência e redes de referenciação, cumprindo os contratos-programa celebrados, em articulação com as instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde.

A ULSLO desenvolve atividades complementares como as de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional que rege a matéria dos processos de ensino-aprendizagem no domínio da saúde. É uma Unidade Local de Saúde integrada no ensino universitário e investigação clínica, pela sua ligação fundacional à NMS (NOVA Medical School) - FCM (Faculdade de Ciências Médicas) da UNL (Universidade Nova de Lisboa) e pertencente ao Centro Clínico Académico de Lisboa. Estabelece ligação e atividades partilhadas com outras instituições de Saúde e de Ensino, em ações de complementaridade e protocolos de articulação.

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

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

- **Humanização**, materializada no respeito, na empatia e na dignidade individual de utentes e profissionais.
- **Excelência**, concretizada na qualidade dos cuidados prestados, assentes na melhor evidência científica.
- **Segurança**, na garantia de um ambiente seguro e na adoção de práticas que minimizem riscos para utentes e profissionais.
- **Ética e Integridade**, consubstanciadas numa postura imparcial, transparente e responsável, em todas as relações e decisões, respeitando a privacidade e a confidencialidade de utentes e profissionais.
- **Compromisso social**, através da promoção da saúde e bem-estar da comunidade.
- **Sustentabilidade**, fundada numa visão holística integrando as dimensões ambiental, social e ético.

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

Após uma ano da sua criação, a ULSLO elaborou o seu Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO) para o triénio 2025-2027 em janeiro de 2025, tendo em consideração as estratégias de intervenção para a saúde sustentável anunciadas no Plano Nacional de Saúde 2030, a informação constante nos Perfis Locais de Saúde, as medidas e metas

constantes no Plano de Emergência e Transformação da Saúde, as indicações constantes do Quadro Global de Referência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para 2024 (válidas para 2025 e 2026) e o Explanado nos Termos de Referência para a Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2025.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Garantir a utilização racional dos recursos disponíveis e otimizar recursos.

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

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

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

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

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



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

Os **objetivos de produção** para 2025 definidos no Acordo Modificativo ao Contrato-Programa (produção SNS) registaram uma taxa de execução conjunta de 100,6%, conforme se observa no quadro seguinte, destacando-se pela positiva a maior parte dos indicadores dos CSP, os episódios de GDH de Ambulatório, as consultas Domiciliárias, e as consultas externas. Pela negativa destacam-se as consultas dos CSP, as Primeiras consultas referenciadas dos CSP, as sessões em Hospital de Dia, os rastreios e a Hospitalização Domiciliária.

Tabela 2 Acordo Modificativo 2025 - taxa de execução da componente produção

Linha de financiamento	Valor CP	Executado	TX execução
<b>Cuidados Primários</b>			
<b>1. Consultas</b>	<b>1 216 536</b>	<b>1 203 555</b>	<b>98,93%</b>
Nº consultas médicas presenciais	661 707	623 567	94,2%
Nº consultas médicas não presenciais	554 829	579 988	104,5%
<b>2. Total das consultas médicas CSP</b>	<b>58 695</b>	<b>62 595</b>	<b>106,64%</b>
Nº visitas domiciliárias médicas	7 362	7 666	104,1%
Nº visitas domiciliárias de enfermagem	51 333	54 929	107,0%
<b>3. Outras Consultas por Pessoal não Médico</b>	<b>623 993</b>	<b>638 069</b>	<b>102,26%</b>
Nº consultas de enfermagem	590 660	602 859	102,1%
Nº consultas de outros profissionais	33 333	35 210	105,6%
<b>Cuidados Hospitalares</b>			
<b>1. Consultas Externas</b>	<b>488 608</b>	<b>492 668</b>	<b>100,83%</b>
Nº de 1ªs consultas médicas	78 845	76 199	96,6%
Nº de 1ªs consultas referenciadas (CTH)	36 928	34 097	92,3%
Nº de 1ªs consultas descentralizadas	2 192	2 439	111,3%
Nº de consultas subsequentes médicas	354 046	363 432	102,7%
Nº de consultas subsequentes descentralizadas	16 597	16 501	99,4%
<b>2. Internamento</b>	<b>23 770</b>	<b>24 426</b>	<b>102,76%</b>
GDH Médicos	11 986	12 282	102,5%
GDH Cirúrgicos	6 943	7 056	101,6%
GDH Cirúrgicos Urgentes	4 841	5 088	105,1%
<b>3. Episódios de GDH de Ambulatório</b>	<b>22 430</b>	<b>25 067</b>	<b>111,76%</b>
GDH Cirúrgicos	13 335	14 440	108,3%
GDH Médicos	9 095	10 627	116,8%
<b>4. Urgências</b>	<b>109 231</b>	<b>113 875</b>	<b>104,25%</b>
<b>5. Sessões em Hospital de Dia</b>	<b>26 149</b>	<b>24 779</b>	<b>94,76%</b>
Base	18 892	19 087	101,0%
Hematologia/Imuno-hemoterapia	1 821	1 346	73,9%
Psiquiatria (Unidades Sócio Ocupacionais)	5 436	4 346	79,9%
<b>6. Rastreios - Nº de Rastreios</b>	<b>405</b>	<b>265</b>	<b>65,43%</b>
Rastreio do Cancro da Mama	40	42	105,0%
Rastreio do Cancro do Colo do Útero	20	0	0,0%
Rastreio do Cancro do Colon e Reto	250	134	53,6%
Rastreio da Retinopatia Visual	85	89	104,7%
Rastreio Visual Infantil	10	0	0,0%
<b>7. Sessões de Radioncologia</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,00%</b>
<b>8. Sessões de Quimioterapia</b>	<b>11 751</b>	<b>12 680</b>	<b>107,91%</b>
<b>9. Serviços Domiciliários</b>	<b>453</b>	<b>649</b>	<b>143,27%</b>
Consultas Domiciliárias	174	388	223,0%
Hospitalização Domiciliária	279	261	93,5%
<b>Total</b>	<b>2582021</b>	<b>2598628</b>	<b>100,6%</b>

Fonte: SICA em 25 de março de 2026.

Existem incentivos designados de **Indicadores de Desempenho das ULS**, aos quais correspondem a 10% do valor do Contrato-Programa.

Os incentivos estão associados ao cumprimento de um conjunto de indicadores, para os quais são anualmente definidas metas. Estes incentivos correspondem a 10% do valor do Contrato-Programa, e estão incluídos no duodécimo transferido mensalmente, havendo um acerto posterior em caso de incumprimento. No caso em que as metas sejam superadas (entre 100% a 120%), é atribuído um prémio de desempenho no valor máximo de 5% do valor dos incentivos institucionais de cada entidade e é proporcional ao valor atingido pelo cumprimento das metas contratualizadas no ano de 2025

Estes indicadores cobrem as áreas do acesso aos cuidados de saúde (7 indicadores), da qualidade (7 indicadores), da eficiência (2 indicadores) e integração de cuidados (5 indicadores).

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

É importante referir que nem todos os indicadores se encontram apurados pela ACSS, pelo que a taxa de execução de 87,2% poderá vir a revelar-se superior.

Destacam-se, pela positiva, as taxas de execução nas sub-áreas acesso, gestão da saúde, gestão da doença, qualificação da prescrição dos CSP e Taxa de internamentos evitáveis na população adulta.

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

**Tabela 3 Acordo Modificativo 2025 - execução dos incentivos institucionais**

Indicador	Meta	Realizado	TX Exec. Ajust. (%)	Índice de Desemp.
<b>A. Acesso</b>				<b>26,3</b>
A.1. IDE Acesso*	52,4	56,6	108,02%	6,5
A.2. Cobertura rastreio C. Mama (ID45**)	47,0	44,0	93,68%	2,8
A.3. Cobertura rastreio C. Colo de Útero (ID45**)	53,2	56,7	106,65%	3,2
A.4. Cobertura a rastreio C. Colon e Reto (ID46**)	55,3	55,1	99,68%	3,0
A.5. Proporção de utentes em lista de espera para consulta hospitalar dentro de TMRG referenciados CSP	0,5	0,3	64,66%	3,2
A.6. Percentagem de utentes em lista de inscritos para cirurgia (LIC) oncológica dentro dos TMRG	80,6	52,2	64,79%	3,2
A.7. Percentagem de utentes em lista de inscritos para cirurgia (LIC) não oncológica dentro dos TMRG	63,0	55,5	88,06%	4,4
<b>B. Qualidade</b>				<b>24,0</b>
B.1 IDE Gestão da Saúde*	59,4	65,2	109,76%	5,5
B.2. IDE Gestão da Doença*	79,6	99,0	120%	6,0
B.3. Taxa de ocupação das ECCI	81,5	59,7	73,21%	3,7
B.4. Demora média ajustada	1,1	1,1	102,73%	5,1
B.5. Percentagem de doentes saídos em hospitalização domiciliária (GDH) no total de doentes saídos (GDH)	1,2	1,1	91,85%	3,7
B.6. Percentagem de cirurgias em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis***	27,6	8,9	0%	0,0
B.7. Mortalidade Ajustada	1,0	1,9	0%	0,0
<b>C. Eficiência</b>				<b>10,0</b>
C.1. Gastos operacionais por Inscritos	1 205,7	1 263,7	95,19%	5,7
C.2. IDE Qualificação da Prescrição em CSP *	82,3	87,8	106,68%	4,3
<b>D. Integração de Cuidados</b>				<b>26,9</b>
D.1. IDE Integração de cuidados *	62,6	100,0	120%	7,2
D.2. Taxa de internamento para amputação de membro inferior em pessoas com diabetes (ajustada para uma população padrão) (ID 360)**	10,0	7,3	120%	7,2
D.3. Proporção de utentes referenciados pelo SNS 24 para os CSP, com consulta médica na UF de inscrição no tempo definido no fluxograma de referência (ID 476**)	0,8	0,8	98,92%	5,9
D.4. Taxa de internamentos evitáveis na população adulta (ajustada para uma população padrão) (ID 365)**	400,0	362,0	109,49%	6,6
D.5. Índice de Desempenho na Qualidade Organizacional CSP (ID 503**)	0,6			
<b>Índice de Desempenho Global</b>				<b>87,2</b>
<b>Valor Incentivos Contratados (€)</b>				<b>52 001 373</b>
<b>Valor Incentivos Realizados (€)</b>				<b>45 345 197</b>

Nota: \* Valor do IDG acima de 120% --> grau de cumprimento ajustado = 120%

\*\*Os indicadores "D.2. Taxa de internamento para amputação de membro inferior em pessoas com diabetes (ajustada para uma população padrão)" e "D.4. Taxa de internamentos evitáveis na população adulta (ajustada para uma população padrão)" apresentam um delay de 8 meses.

Fonte: SICA em 25 de março de 2026.



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

#### Pontos Fortes

- Capacidade Instalada – 3 hospitais em pleno funcionamento e 2 ACES com algumas Unidades Novas e outras em renovação.
- Processo de integração de cuidados iniciado previamente à criação da ULSLO.
- Boa articulação com as Câmaras Municipais.
- Recursos Humanos experientes, diferenciados e responsáveis.
- Membro de pleno direito do Centro Clínico Académico de Lisboa.
- Ligação histórica e presente com a FCM-NMS da UNL / boa capacidade formativa.
- Multidisciplinaridade e multiprofissionalismo.
- Departamento de Investigação Clínica e CoLab como suporte e promoção de ensaios clínicos, estudos, investigação e inovação.
- Mais autonomia e desburocratização.
- Capacidade instalada para a internalização de MCDT (em particular radiologia e patologia clínica).

#### Oportunidades

- Modelo de financiamento em vigor indutor da promoção da saúde e prevenção da doença.
- Existência de iniciativas externas para a promoção da integração de cuidados (PAFIC, OMS, ACSS, SPMS).
- Existência de iniciativas externas e internas para a promoção da saúde digital.
- Possível reconhecimento como ULS Universitária.
- Integração de Ensino e Investigação aumentando a base de recrutamento e o número de investigadores.
- Desenvolvimento de projetos comuns e financiamento de novos quadros ou profissões.

#### Pontos Fracos

- Carência de RH em algumas áreas, nomeadamente nas carenciadas ao nível da Região: MGF; Anestesiologia; Ortopedia; Neurocirurgia; Oftalmologia, Psiquiatria da Infância e Adolescência, Medicina Interna, Ginecologia/Obstetrícia, Enfermagem, Psicologia Clínica, Nutrição Clínica e Medicina Dentária.
- Dificuldades no cumprimento dos TMRG e de acesso a algumas especialidades médicas.
- Multiplicidade dos regimes de contratação de pessoal e das formas de remuneração muito díspares.
- Dispersão geográfica das unidades da ULS.
- Heterogeneidade de instalações e nível de serviço prestado.
- Alguns Recursos Humanos em limite (*burnout*).
- Orçamento deficitário no arranque.
- Na lógica de financiamento, o Índice de Complexidade do Utente baixo, quando comparado com a média nacional, provavelmente refletindo alguma insuficiência de registos e paralelamente uma população com condições para acesso a cuidados de saúde privados.

#### Ameaças

- Instabilidade criada por fatores internos (modelo ainda muito centralizado na resposta à doença aguda) e fatores externos, como políticos, económicos e financeiros tanto nacionais como internacionais.
- Concorrência exercida pelos sectores público e privado.
- Área de abrangência muito maior que a de referência ou de habitual ligação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Hospitalares.
- Dificuldade de atração e fixação de médicos e enfermeiros.
- Insuficiência de estruturas de apoio social na comunidade, nomeadamente das famílias.
- Número de cidadãos com mais de 65 anos a viver sozinhos, e perfil de saúde.
- Baixa Interoperabilidade dos SI.
- Custos crescentes de Saúde.



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

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

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

[https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Termos-de-Referencia-para-a-Contratualizacao-2025-homologado\\_vf.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Termos-de-Referencia-para-a-Contratualizacao-2025-homologado_vf.pdf)

Neste documento é, ainda, explicitado o modelo e as regras de contratualização entre as ULS e a Tutela Técnica (representada, em 2025, no Acordo Modificativo ao Contrato-Programa pela Direção Executiva do SNS (DE-SNS) e pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

O Acordo Modificativo ao Contrato-Programa – 2025, encontra-se publicado no *site* da ACSS:

[https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/ULS-LISBOA-OCIDENTAL\\_AM\\_2025.SEGS\\_.pdf.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/ULS-LISBOA-OCIDENTAL_AM_2025.SEGS_.pdf.pdf)

Neste âmbito, os Hospitais SNS estão obrigados a prestar contas mensalmente, submetendo, na plataforma SICA (Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento), os dados relativos aos cuidados prestados nas suas diversas linhas de produção e na plataforma SISEE - Sistema de Informação do Setor Empresarial do Estado, os dados financeiros.

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

### III. Estrutura de Capital

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

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

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

Designação	31/12/2025	31/12/2024	Anos Anteriores	Δ 2024/2025
Património/Capital	217 144 727,00 €	217 144 727,00 €		- €
2005 - Dec. Lei nº 233/2005			126 860 000,00 €	
2015 - Despacho nº 3016-B/2015			6 433 333,33 €	
2017 - Despacho nº 1265/2017			22 806 666,67 €	
2023 - Despacho conjunto de 22 de Dezembro			61 044 727,00 €	
<b>Total</b>	<b>217 144 727,00 €</b>	<b>217 144 727,00 €</b>	<b>217 144 727,00 €</b>	<b>- €</b>

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

De acordo com o n.º 1 do Art.º 59.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, que aprova o novo regime jurídico do sector público empresarial,

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

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

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

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

Não existem acordos parassociais.

## IV. Participações Sociais e Obrigações detidas

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

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

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

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

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

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

Não existem.

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

Não existem.

## V. Órgãos Sociais e Comissões

### A. Modelo de Governo

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

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

Mandato CA (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação	
			Forma	Data
<b>Conselho de Administração</b>				
2024-2026	Presidente	Dr.ª Maria Isabel Beato Viegas Aldir		
	Diretor Clínico para a área dos CSH	Dr. Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas	Despacho n.º	
	Diretor Clínico para a área dos CSP	Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio	11838/2024	07/10/2024
	Vogal Executivo	Dr.ª Maria Armanda Morato Bravo Moura	Direção Executiva do	
	Vogal Executivo	Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	SNS, I.P.	
	Enfermeira Diretora	Enf.ª Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão		
<b>Conselho Fiscal</b>				
2024-2026	Presidente	Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida		
	Vogal	Dr.ª Carla Maria Lamego Ribeiro *	Despacho n.º	16/12/2021
	Vogal	Dr.ª Tânia Isabel Branco de Jesus	12171/2021	
	Vogal Suplente	Dr. Rui Miguel Marques Neves Pinto Bandeira		

\* Renunciou a 24/10/2022

Atendendo à reestruturação operada pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que tem subjacente um novo modelo de gestão e de prestação de cuidados de saúde aos utentes, procedeu-se à “recomposição” do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E. P. E., de forma a existir plenitude na liderança destas complexas e exigentes instituições. Assim, nos termos da alínea bb) do n.º 1 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, dos artigos 69.º e 77.º dos Estatutos dos hospitais, Centros Hospitalares, Institutos Portugueses de Oncologia e Unidades Locais de Saúde, constantes do capítulo IV do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua atual redação e, dos números 3 e 5 do artigo 13.º, e da alínea c) do n.º 3 do artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual, e do artigo 26.º da Lei n.º 82/2023, de 29 de dezembro, que aprova o Orçamento do Estado para 2024, determinou, através do despacho n.º 2443/2024, de 7 de março nomear para exercerem funções no conselho de administração da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, Carla Alexandra de Menezes Moutinho Henriques Gonçalves Catarino para o cargo de Presidente, Cláudia Maria Rascão da Silva Branco, como Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde hospitalares, Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio como Diretor Clínico para a área dos cuidados de saúde primários, Maria Armanda Morato Bravo Moura e Pedro Emanuel Ventura Alexandre como Vogais Executivos e Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão como Enfermeira Diretora.

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

## B. Assembleia Geral

---

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

Não existe Assembleia Geral.

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

Não existe.

## C. Administração e Supervisão

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

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

- Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde;
- Artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua redação atual, que aprova o novo regime jurídico do sector público empresarial;
- Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual, que aprova o novo estatuto do gestor público.

- Indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros e duração estatutária do mandato dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão.**

Mandato CA (Início - Fim)	Cargo	Nome	Indicação do número total de mandatos
2024-2026	Presidente	Dr.ª Maria Isabel Beato Viegas Aldir	1
	Diretor Clínico para a área dos CSH	Dr. Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas	1
	Diretor Clínico para a área dos CSP	Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio	1
	Vogal Executivo	Dr.ª Maria Armanda Morato Bravo Moura	1
	Vogal Executivo	Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	1
	Enfermeira Diretora	Enf.ª Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão	1



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

Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação		Remuneração	
			Forma (1)	Data	Entidade Pagadora	Entidade Pagadora (O/D)
<b>Conselho de Administração</b>						
2024-2026	Presidente	Dr.ª Maria Isabel Beato Viegas Aldir			ULSLO	O
	Diretor Clínico para a área dos CSH	Dr. Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas	Despacho n.º 11838/2024		ULSLO	O
	Diretor Clínico para a área dos CSP	Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio	Direção	07/10/2024	ULSLO	O
	Vogal Executivo	Dr.ª Maria Armanda Morato Bravo Moura	Executiva do		ULSLO	D
	Vogal Executivo	Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	SNS, I.P.		ULSLO	D
	Enfermeira Diretora	Enf.ª Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão			ULSLO	O

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

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

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

Não existem membros não executivos do Conselho de Administração.

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

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

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

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 (vide artigo 52.º do RJSPE).

Ver anexo - ponto 3.

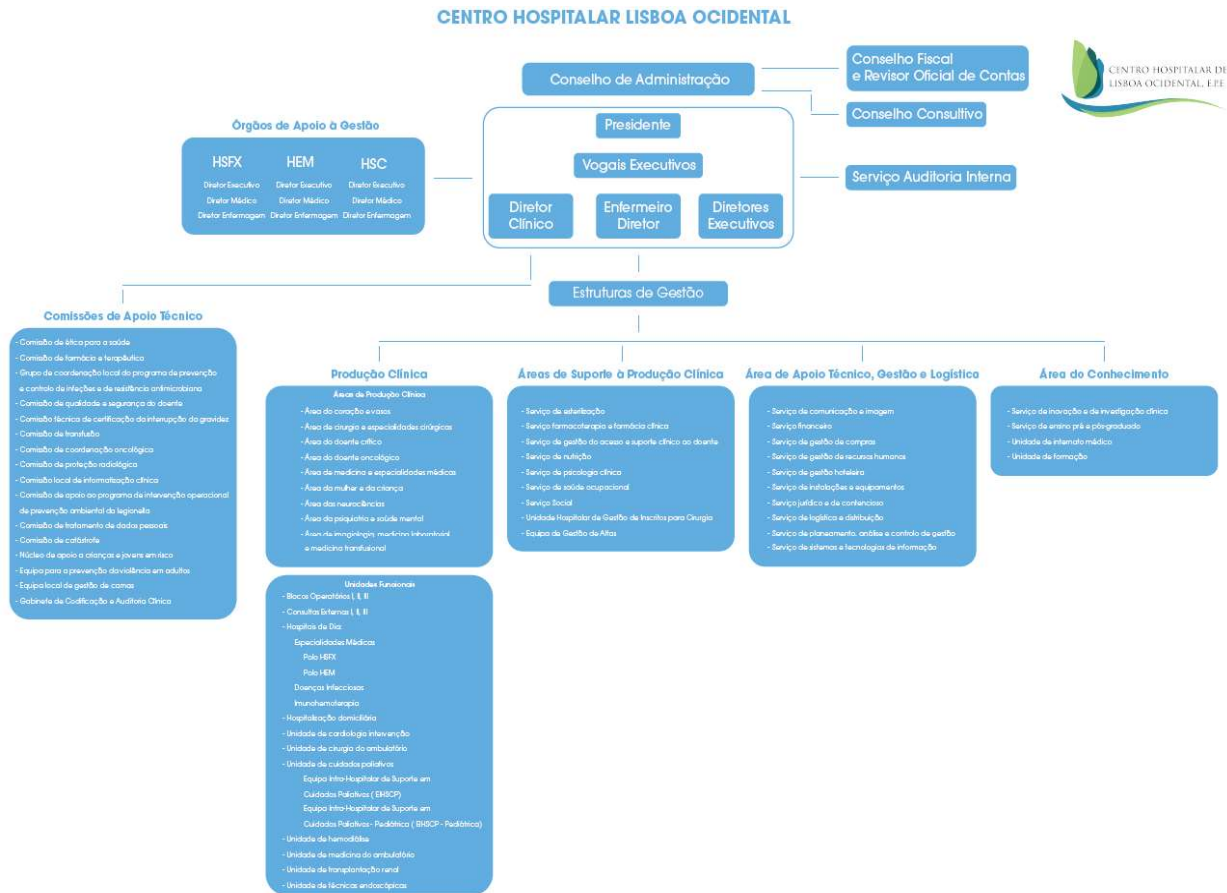


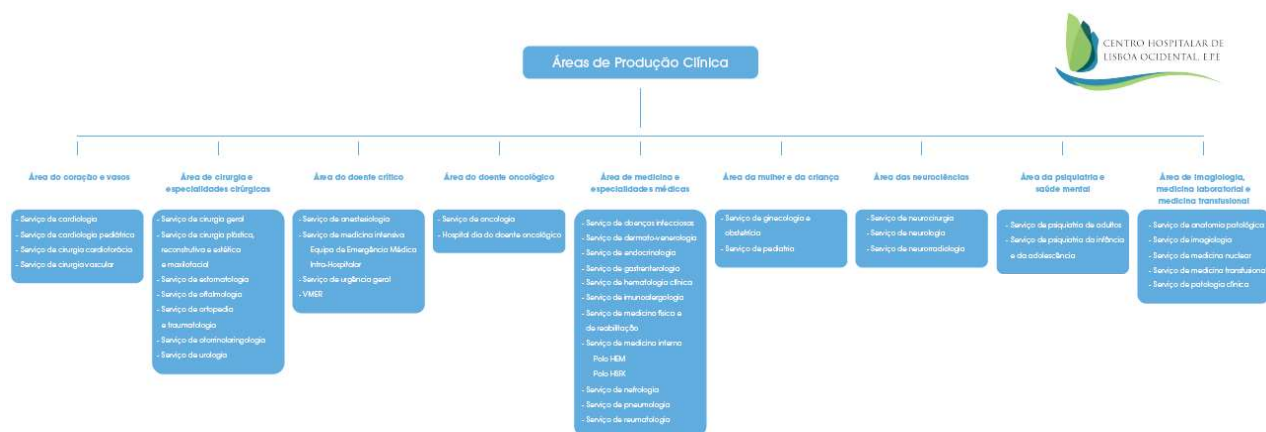
- 7. Identificação de relações familiares, profissionais ou comerciais, habituais e significativas, dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo com acionistas.

Não existem.

- 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.

O regulamento da ULSLO encontra-se a aguardar aprovação da Direção Executiva do SNS e posterior homologação do membro do governo responsável pela área da saúde, pelo que os organogramas apresentados ainda são os do CHLO.





## FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES

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

Para além das competências próprias do Conselho de Administração previstas no artigo 7.º dos estatutos dos hospitais E.P.E. anexos ao Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro, das específicas do Presidente do Conselho de Administração previstas no artigo 8.º e do Enfermeiro Diretor, previstas no artigo 10.º, a cada um dos membros do Conselho de Administração foram atribuídas as competências na gestão estratégica dos seguintes pelouros:

### Conselho de Administração

Presidente

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

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

Vogais Executivos

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

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

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

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

- Serviço Financeiro.

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Conselho Fiscal:

---

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

**Vogal:** Dr.ª Carla Maria Lamego Ribeiro (Renunciou a 24/10/2022)

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

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

A natureza, o regime de substituição, o tempo de mandato e o regime de exercício de funções no respetivo termo, bem como as competências do Conselho Fiscal, são as constantes dos artigos 79.º e 80.º dos Estatutos dos Hospitais E.P.E. (Decreto-Lei nº 52/2022 de 4 de agosto).



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

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

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Mandato CA (Início - Fim)	Cargo	Nome	N.º Reuniões	Assiduidade
<b>Conselho de Administração</b>				
2024-2027	Presidente	Dr.ª Maria Isabel Beato Viegas Aldir	56	97%
	Diretor Clínico para a área dos CSH	Dr. Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas	54	93%
	Diretor Clínico para a área dos CSP	Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio	43	74%
	Vogal Executivo	Dr.ª Maria Armada Morato Bravo Moura	52	90%
	Vogal Executivo	Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	54	93%
	Enfermeira Diretora	Enf.ª Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão	51	88%

Nota: Em 2025 o Conselho de Administração da ULS Lisboa Ocidental, EPE realizou 58 reuniões

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

Não existem.

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

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

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

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

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

- Comissão de apoio para o programa de intervenção operacional de prevenção ambiental da *legionella* (PIOPAL);
- Comissão de coordenação oncológica;
- Comissão de emergência e catástrofe;
- Comissão de ética para a saúde;
- Comissão de farmácia e terapêutica;
- Comissão de proteção radiológica;
- Comissão de qualidade e segurança do doente;
- Comissão de transfusão;
- Comissão local de informatização clínica;
- Comissão técnica de certificação da interrupção da gravidez;
- Equipa local de gestão de camas;



- Equipa Local para a Estratificação pelo Risco.
- Equipa para a prevenção da violência em adultos (EPVA);
- Gabinete de codificação e auditoria clínica;
- Grupo Operativo Institucional
- Núcleo Hospitalar de crianças e jovens em Risco (NHCR);
- Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA)

Das quais destacamos:

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

Constituição:

- Dr.ª Isabel Aldir (Presidente)
- Dr.ª Catarina Conceição
- Enf.ª Clara Carvalho
- Dr. Alexandre Duarte
- Eng.º Nuno Fernandes
- Eng.º Nuno Horta
- Eng.º Duarte Cameirão
- Eng.º Paulo Lopes
- Eng.º Ricardo Porto
- Dr.ª Elvira Perea
- Técnica Ana Branquinho
- Dr. Sérgio Santos
- Dr. Rogério Nunes
- Eng.º Paulo Diegues

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

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

Constituição:

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

A CES da ULSLO tem como finalidade zelar pela observância de padrões de ética no exercício clínico e científico, por forma a proteger e garantir a dignidade e integridade humanas, procedendo à análise e reflexão sobre temas que envolvam questões de ética.

Compete à Comissão de Ética:

- Zelar, no âmbito do funcionamento da instituição ou serviço de saúde respetivo, pela salvaguarda da dignidade e integridade humanas;
- Emitir, por sua iniciativa ou por solicitação, pareceres sobre questões éticas no domínio das atividades da instituição ou serviço de saúde respetivo;
- Pronunciar-se sobre os protocolos de investigação científica, nomeadamente os que se refiram a avaliações que envolvem seres humanos e/ou seus produtos biológicos, celebrados no âmbito da instituição ou serviço de saúde respetivo;
- Pronunciar-se sobre os pedidos de autorização para a realização de estudos da instituição ou serviço de saúde respetivo e verificar a sua execução, em especial no que respeita aos aspetos éticos e à segurança e integridade dos sujeitos de investigação;
- Pronunciar-se sobre a suspensão ou revogação da autorização para a realização de estudos na instituição ou serviços;
- Reconhecer a qualificação científica adequada para a realização de protocolos de investigação, relativamente aos profissionais da instituição ou serviço respetivo, ou a outros que pretendam desenvolver investigação na ULSLO, E.P.E.;
- Promover a divulgação dos princípios gerais da bioética pelos meios julgados adequados, designadamente através de formação, pareceres ou outros documentos, no âmbito dos profissionais da instituição ou serviços da ULSLO, E.P.E.

No decorrer do ano 2025, realizaram-se 11 reuniões ordinárias e 1 extraordinária da CES da ULSLO, salientando as seguintes atividades:

- Atividade assistencial (emissão de pareceres por solicitação de diferentes Serviços da ULSLO);
- Atividade clínica: solicitados 7 pareceres;
- Atividade de investigação (foram recebidos 185 pedidos de parecer para realização de estudos), foram submetidos a apreciação:
  - 120 registos observacionais/projetos investigação clínica (pareceres favoráveis: 91, em apreciação/pendente: 29)
  - 37 estudos conducentes a provas académicos (pareceres favoráveis: 27, validação na ULSLO de projeto aprovado pela ARSLVT: 1, em apreciação/pendente: 9)
  - 21 adendas/emendas a estudos aprovados anteriormente (pareceres favoráveis: 16, em apreciação/pendentes: 5);
- Publicação de artigos em revistas indexadas: 7 pedidos à posteriori (com parecer favorável: 6; em avaliação: 1);
- Foram avaliados: 1 modelo de consentimento informado;
- Apreciaram-se 399 justificações para autorização de utilização de medicamentos, cuja indicação não se encontra aprovada no respetivo RCM.

### Comissão de Farmácia e Terapêutica

Constituição:

- Prof. Doutor João Gamelas (Presidente)
- Dr.ª Ana Cláudia Miranda
- Dr.ª Ana Mirco
- Dr.ª Inês Araújo
- Dr.ª Margarida Falcão
- Dr.ª Marina Alves
- Dr. Nuno Basílio
- Dr.ª Patrícia Cavaco
- Prof. Doutora Fátima Falcão (em funções até maio de 2025)
- Dr.ª Liliana Calixto (como Secretária Técnica, em funções até novembro de 2025)
- Dr.ª Tânia Laranjeira (Secretária Técnica)

Compete à Comissão de Farmácia e Terapêutica:

- Atuar como órgão de ligação entre os serviços de ação médica e os serviços farmacêuticos, difundindo a informação necessária (normas e procedimentos relativos à utilização de medicamentos) à promoção do uso racional do medicamento na ULSLO;
- Pronunciar-se sobre a adequação da terapêutica prescrita aos doentes, quando solicitado pelo seu presidente e sem quebra das normas deontológicas;
- Selecionar, designadamente entre as alternativas terapêuticas previstas no Formulário Nacional de Medicamentos (FNM) a lista de medicamentos que serão disponibilizados pela ULSLO, e implementar e monitorizar o cumprimento dos critérios de utilização de medicamentos emitidos pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) e dos protocolos de utilização, de acordo com os critérios e condições de utilização dos medicamentos aí previstos;
- Monitorizar os dados resultantes da utilização de medicamentos e outras tecnologias de saúde, promovendo estudos de utilização de medicamentos, nomeadamente através dos registos que tenham sido considerados necessários no âmbito de decisões de financiamento das tecnologias de saúde;
- Representar a instituição na articulação com a CNFT e colaborar com a mesma disponibilizando a informação e os pareceres acerca da utilização dos medicamentos na sua instituição, sempre que para isso for solicitada;
- Diligenciar a promoção de estratégias efetivas na utilização racional do medicamento na instituição;
- Colaborar com o Sistema Nacional de Farmacovigilância, nos termos da legislação em vigor;
- Articular com as diferentes Comissões com responsabilidades no âmbito do medicamento, nomeadamente com a UL-PPCIRA, estabelecendo mecanismos de monitorização e utilização racional de antimicrobianos dentro dos objetivos e competências da mesma;
- Promover a formação contínua na área do medicamento e outras tecnologias de saúde;
- Propor o que tiver por conveniente dentro das matérias da sua competência.

No decorrer do ano 2025, realizaram-se 38 reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica e 13 reuniões intercalares. Entre outras atividades, foram analisados:

- 1.952 Pedidos individualizados de outros medicamentos;
- 200 Ofícios de pedido de avaliação prévia emitidos pelo Infarmed;
- 19 Pedidos de introdução de medicamentos ou formulações de uso geral;



- 18 Pareceres solicitados pela CNFT;
- 9 Protocolos Terapêuticos;
- 5 Pedidos de introdução de dispositivos médicos
- 5 Pedidos de Antissépticos e desinfetantes;
- 1 Folheto informativo;
- 1 Cartaz informativo.

### Comissão de qualidade e segurança do doente

Constituição:

- Dr. Alexandre Duarte (Presidente)
- Enf.ª Elsa do Carmo
- Dr.ª Ana Catarina da Conceição
- Dr.ª Carla Patrocínio
- Dr.ª Cláudia Penedo
- Dr.ª Elvira Perea
- Enf.ª Laura Patrocínio
- Dr.ª Margarida Gonçalves
- Enf.ª Maria Adelaide Pereira
- Enf.ª Maria de Fátima Almeida
- Dr.ª Maria Rosa Alves
- Dr.ª Marina Antunes
- Dr.ª Paula Laranjeiro
- Enf.ª Rita Neves
- Ana Maria Reis (Secretariado)

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

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

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

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

Compete à CQS:

- Elaborar o plano anual da qualidade e segurança do doente e o respetivo relatório de atividade;
- Disseminar, apoiar e avaliar de modo contínuo as diferentes dimensões da qualidade, contribuindo para a missão de prestação de cuidados de saúde diferenciados e humanizados de elevada qualidade, segurança e eficiência;



- Dinamizar, coordenar e apoiar os processos de melhoria da qualidade, promovendo e incentivando os processos de certificação e acreditação, gestão do risco e de auditoria clínica;
- Promover e facilitar a colaboração entre serviços para atingir os objetivos estratégicos na área da qualidade e segurança do doente;
- Assegurar, fomentar e dinamizar projetos dedicados a humanização na prestação de cuidados.

Resumo das principais atividades desenvolvidas em 2025:

- Realização de 36 auditorias clínicas a diversos serviços clínicos e unidades funcionais dos CSP;
- Realização de 2 cursos de formação em auditoria clínica (maio e novembro);
- Elaboração e divulgação de 9 Procedimentos Multissetoriais;
- Acompanhamento de 39 projetos de certificação/recertificação no âmbito do Modelo de Certificação do Ministério da Saúde (modelo ACSA-DGS): HSC na sua globalidade, 22 Serviços Clínicos Hospitalares, 8 Centros de Referência e 8 Unidades funcionais dos CSP;
- Acompanhamento de 11 auditorias de certificação da DGS-ACSA: Serviços Clínicos (Cardiologia Pediátrica, Gastrenterologia, Medicina Intensiva, Medicina Transfusional, ORL e Patologia Clínica), Centros de Referência (Cardiopatas Congénitas, Implantes Cocleares e Cancro do Reto) e Unidades Funcionais dos CSP (USF Dafundo e USF S. Julião);
- Leitura, análise e colaboração com os serviços na resolução de situações reportadas (notificação de incidentes e eventos adversos) na plataforma NOTIFICA® da DGS (23 incidentes);
- Elaboração e divulgação do “Relatório de incidentes de segurança dos hospitais da ULSLO – Ano 2024”;
- Divulgação de diversos eventos ao longo do ano alusivos à temática da Segurança do doente, no âmbito do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 – 2026;
- Preparação da campanha da “Segurança do doente/2025”, com o mote “Cuidados seguros para recém-nascidos e crianças”;
- Elaboração e divulgação do “Manual de acolhimento aos colaboradores da ULSLO”;
- Elaboração e divulgação da “Tabela de medidas de humanização/2025” no âmbito do “Compromisso para a Humanização” e do Plano de Ação da CNHCS-SNS;
- Realização do 1º Encontro de Humanização da ULSLO (22/11/2025);
- Elaboração e divulgação do “Relatório de avaliação da satisfação dos profissionais da ULSLO/2025” e do “Relatório de avaliação da satisfação dos profissionais de saúde dos CSP da ULSLO/2025”.

Para mais detalhe, consultar o “Relatório de Atividades da CQS- Ano 2025”, disponível no sítio da ULSLO, em:

[https://www.ulslo.min-saude.pt/images/documents/CES/2025\\_cqs\\_ra\\_04\\_02\\_2026\\_ca\\_optimized-1.pdf](https://www.ulslo.min-saude.pt/images/documents/CES/2025_cqs_ra_04_02_2026_ca_optimized-1.pdf)

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

Constituição:

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

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

A CLIC é responsável por:

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

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

Constituição:

- Dr.ª Sofia Mariz
- Dr. Duarte Brito
- Dr. Bruno Covelo
- Enf.ª Carla Ares
- Dr.ª Dimey Roque Carvalho
- Dr. Gonçalo Santos
- Dr.ª Luciana Gomes
- Dr.ª Melanie Pires
- Dr. Pedro Lavinha;
- Dr.ª Teresa Baptista;

A estratificação pelo risco consiste numa abordagem sistemática, de abrangência populacional, usada para prever necessidades assistenciais futuras sendo um importante instrumento para estimar necessidades de recursos e promover a sua alocação de forma eficiente no nível de cuidados adequado.

Em 2024 foi disponibilizada no SNS, uma ferramenta de estratificação da população pelo risco (BI-ER) que permite caracterizar a população das ULS mediante grupos de risco com determinadas características, e congrega informação de vários Sistemas de Informação em uso no SNS.

A metodologia de estratificação da população pelo risco consiste numa abordagem sistemática, de abrangência populacional, utilizada para prever necessidades futuras, sejam elas morbilidade, consumo de recursos, custos, ocorrência de eventos adversos (admissões não planeadas que são potencialmente evitáveis) ou outro tipo de riscos, servindo diversos propósitos entre os quais a definição de processos assistenciais e de modelos de intervenção clínica ajustados aos vários subgrupos populacionais, mas também o planeamento de recursos e o financiamento das entidades prestadoras, e a avaliação do seu desempenho.

Em termos práticos, a estratificação classifica e agrupa os indivíduos, permitindo identificar subpopulações com risco comparável.

Tipicamente a estratificação segue a lógica da pirâmide de Kaiser Permanente. O modelo de cuidados integrados da Kaiser Permanente consiste na estratificação da população numa pirâmide populacional em níveis de risco, de forma a oferecer



cuidados ajustados a esses níveis de risco. De acordo com as diferentes camadas, a base da pirâmide, mais ampla e onde se concentra a maioria da população, beneficia de estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença. Por sua vez, o nível intermédio da pirâmide é destinado à maioria dos doentes com doenças crónicas, que beneficiam de estratégias de apoio à autogestão da doença. Por fim, o topo da pirâmide, onde se concentra uma proporção significativa mais baixa de população, é aquele onde se encontram doentes de alto risco que requerem abordagens de gestão de casos complexos.

Assim, o modelo de estratificação procura assegurar que as intervenções de saúde a implementar são bem delineadas e que os recursos são utilizados de forma eficiente, definindo estratégias de promoção da saúde para a maioria da população e definição de cuidados de elevada intensidade e personalização para os utentes com necessidades em saúde mais complexas.

O foco da prestação de cuidados deixa de ser exclusivamente o tratamento dos doentes que chegam aos serviços de saúde, para passar a uma visão populacional e de antecipação das necessidades em saúde específicas da população inserida em cada estrato de risco. Desta forma, é expectável que as organizações de saúde se foquem cada vez menos na alocação dos recursos aos contactos agudos, para passar a prevenir esses contactos, promovendo a saúde e evitando e gerindo a doença

#### **Atividades da Equipa de Estratificação de Risco**

No âmbito da criação de uma Rede de Interlocutores Locais para a Estratificação pelo Risco (RILER), cada ULS procedeu à identificação de Interlocutores Locais para a Estratificação pelo Risco (ILER) e constituíram Equipas Locais de Estratificação pelo Risco (ELER). A estas equipas compete dinamizar internamente a utilização da informação constante do BI-ER de forma a responder aos objetivos de melhor conhecer as necessidades em saúde da população e definir estratégias ajustadas para o efeito. A atual ELER da ULSLO integra 10 elementos de várias profissões de saúde, entre médicos, enfermeiros e gestores, de diferentes níveis de cuidados.

Em 2025 a Equipa procedeu a diversas tarefas, destacando-se:

- a continuidade do esforço de melhoria da informação do BI-ER através da codificação de diagnósticos da consulta externa (atualmente situada em cerca de 60%);
- a elaboração do Plano de Ação para 2026, focado na exploração da ferramenta para definição de projetos alinhados com as características e necessidades da população servida e definição e informação agregada de interesse para os profissionais;
- a elaboração do procedimento interno para acesso, extração, tratamento, partilha e utilização de dados da ferramenta de estratificação da população pelo risco;
- a colaboração com os elementos necessários para efeitos de Avaliação de Impacto no âmbito da Proteção de Dados ao nível local.

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

Constituição:

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



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

No âmbito das competências que lhe são atribuídas, a UL-PPCIRA realizou diversas atividades ao longo de 2025, das quais se destacam:

- Vigilância Epidemiológica;
- Formação / Acompanhamento Clínico;
- Auditoria de estrutura, processo e resultado;
- Programa de apoio à prescrição antibiótica;
- Colaboração em atividades de gestão;
- Projetos de melhoria contínua e investigação / Participação em projetos de investigação / Publicações;
- Colaboração em atividades para a acreditação de serviços clínicos da ULSLO;
- Participação em Congressos, Seminários e outras ações de formação como formadores convidados.

## D. Fiscalização

---

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

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

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

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

- Presidente – Vítor Manuel Baptista de Almeida
- Vogal – Carla Maria Lamego Ribeiro
- Vogal – Tânia Isabel Branco de Jesus

- Vogal Suplente – Rui Miguel Marques Neves Pinho Bandeira

Através de comunicação datada de 24 de outubro de 2022, dirigida ao Gabinete do Senhor Secretário de Estado do Tesouro, a Dr.ª Carla Maria Lamego Ribeiro apresentou a renúncia ao cargo de Vogal do Conselho Fiscal, na sequência da sua nomeação como Vogal do Conselho de Administração de uma sociedade de capitais públicos.

Não obstante a referida renúncia, a entrada em funções do Vogal Suplente, como Vogal Efetivo, ficou dependente de orientações a transmitir pela então designada Direção-Geral do Tesouro e Finanças, pelo que o Órgão funcionou em 2025 apenas com dois elementos.

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

### Conselho Fiscal

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

---

##### DADOS BIOGRÁFICOS

Data de Nascimento: 14 de julho de 1956

##### HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

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

##### ATIVIDADE PROFISSIONAL

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

##### CATEGORIA PROFISSIONAL

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

##### CARGOS

- Desenvolve a atividade de auditoria enquanto sócio-gerente do Vítor Almeida & Associados, SROC, Lda., assegurando, nesta qualidade, funções de fiscalização em diversas entidades públicas e privadas;
- Vogal do Conselho Fiscal da PROFILE – Sociedade Gestora de Fundos de Investimento Mobiliário, S.A.;
- Consultor da Autoridade Nacional da Aviação Civil (ANAC).
- Anteriormente, integrou os quadros da Inspeção Geral de Finanças, tendo chegado a Inspetor de Finanças Diretor (1982-1998).
- Foi presidente do Conselho Diretivo da Administração Geral Tributária (2000-2003);
- Foi adjunto do Ministro da Finanças e do Secretário de Estado e Finanças (1998-2000).
- Desenvolveu atividades de consultoria junto dos Ministérios das Finanças de Angola e de Cabo Verde, bem como de outras entidades públicas nacionais;
- Foi assistente convidado no Instituto Superior de Gestão (ISG) de 1987 a 1991 e no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), de 1992 a 2015, lecionando a disciplina de auditoria financeira, tendo sido



igualmente diretor do mestrado executivo de auditoria e revisão de contas no Overgest / ISCTE, onde lecionou diversos módulos.

- Foi vogal do Conselho Diretivo da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, de 2012 a 2017, integrando ainda outros cargos diversos nesta Entidade.
- Foi consultor da Unidade Técnica de Acompanhamento de projetos (UTAP), de 2012 a 2019, tendo integrado múltiplas comissões de renegociação e equipas de projeto associadas a PPP e Concessões.

#### **Vogal – Dr.ª Tânia Isabel Branco de Jesus**

---

#### **DADOS BIOGRÁFICOS**

Data de Nascimento: 11 de dezembro de 1982

#### **HABILITAÇÕES ACADÉMICAS**

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

#### **ATIVIDADE PROFISSIONAL**

Chefe da Divisão Patrimonial e de Gestão de Documentação da Entidade do Tesouro e Finanças.

#### **CARGOS**

- Técnica Especialista no Gabinete da Secretária de Estado da Habitação, no Ministério das Infraestruturas e Habitação (2024 – 2025)
- Técnica Superior Especialista em Orçamento e Finanças Públicas do Ministério das Finanças, a exercer funções na Direção-Geral do Tesouro e Finanças – Direção de Serviços de Apoio Jurídico e de Coordenação (2019-2024);
- Presidente da Mesa da Assembleia Geral da EDM – Empresa de Desenvolvimento Mineiro, S.A. (2023 – Até ao momento);
- Secretária da Mesa da Assembleia Geral da SIRESP – Gestão de Redes Digitais de Segurança e Emergência, S.A. (2019- Até ao momento)
- Anteriormente, foi jurista na Direção de Património e Procurement do Banif – Banco Internacional do Funchal, S.A. (2008-2013);
- Foi responsável pelo acompanhamento jurídico, a nível interno, do plano de reestruturação do Grupo Banif, encontrando-se integrada na Direção de Recursos Humanos e Serviços (2013-2015);
- Foi jurista na Direção de Assessoria Jurídica do BBI – Banco de Investimento, S.A., onde prestou assessoria ao Conselho de Administração da Sociedade, assim como da Banif Gestão de Ativos, S.A. e da Banif Capital, S.A. (2015-2017);
- Prestou apoio jurídico à Direção de Compliance da Oitante, S.A. (2015-2017);
- Integrou o Gabinete do Secretário de Estado da Proteção Civil, no Ministério da Administração Interna, do XXI Governo Constitucional (2017-2019).

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

Em 2025 o Conselho Fiscal não teve qualquer intervenção relacionada com a contratação de serviços adicionais ao auditor externo, não tendo igualmente ocorrido qualquer contratação deste tipo de serviços.

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

O órgão de fiscalização não desempenhou outras funções.

Não existe Comissão para as Matérias Financeiras.

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

O Conselho Fiscal da ULSLO é constituído por três membros efetivos e um suplente, embora em 2025, este Órgão tenha integrado apenas dois membros efetivos.

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

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

**Conselho Fiscal**

Mandato	Cargo	Nome	Designação		Estatuto Remuneratório Fixado Mensal (€)	N.º de Mandatos
			Forma	Data		
2024-2026	Presidente	Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida			1 366,10 €	2
	Vogal Efetivo	Dra. Carla Maria Lamego Ribeiro*	Despacho n.º 12171/2021	16/12/2021		2
	Vogal Efetivo	Dra. Tânia Isabel Branco de Jesus			1 024,58 €	2
	Suplente	Dr. Rui Miguel Marques Neves Pinho Bandeira				

(1) Indicar AG/DUE/Despacho.

\* Renunciou a 24/10/2022

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

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

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

A natureza, o regime de substituição, o tempo de mandato e o regime de exercício de funções no respetivo termo, bem como as competências do Conselho Fiscal, encontram-se determinadas nos termos dos artigos 79º e 80º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

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

O Conselho Fiscal tem como prática reunir, pelo menos, uma vez por mês, para além da realização de outras reuniões adicionais, sempre que tal se revele necessário. No decurso do ano de 2025 o Conselho Fiscal reuniu doze vezes, sempre com a presença dos dois membros em funções.

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

Nº Reuniões	Local de Realização	Intervenientes na reunião	Ausências dos membros do Conselho Fiscal
12	Lisboa	Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida Dra. Tânia Isabel Branco de Jesus	Não se verificaram ausências

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

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

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

## E. Revisor Oficial de Contas (ROC)

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

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

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

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

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

### ROC/FU

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

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

Membros do Órgão de Fiscalização	Remuneração Bruta Anual 2025 (€)
Sociedade de Revisores Oficiais de Contas Grant Thornton & Associados, SROC, Lda	29 766,00 €
<b>Total</b>	<b>29 766,00 €</b>

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

Não foram prestados outros serviços pela SROC à ULSLO.

## F. Conselho Consultivo

---

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

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

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

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

## G. Auditor Externo

---

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

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

## VI. Organização Interna

### A. Estatutos e Comunicações

---

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

Com a criação da ULS, o Regulamento Interno teve de ser revisto. Este processo iniciou-se em meados de 2024, encontrando-se já finalizado a aguardar aprovação da Direção Executiva do SNS e posterior homologação do membro do governo responsável pela área da saúde, pelo que se encontra em vigor o Regulamento Interno do CHLO aprovado e homologado pela Sr.ª Ministra da Saúde a 17 de janeiro de 2022.

O estatuto do SNS é aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto e suas subseqüentes alterações. O regime fixado no Decreto-Lei ora citado e nos Estatutos a ele anexos tem carácter especial relativamente ao disposto no regime jurídico do setor público empresarial, que é subsidiariamente aplicável, com as devidas adaptações.

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

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

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

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

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

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

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

- a) Violação de princípios e disposições legais, regulamentares e deontológicas por parte dos membros dos órgãos estatutários, trabalhadores, fornecedores de bens e prestadores de serviços no exercício dos seus cargos profissionais;
- b) Dano, abuso ou desvio relativo ao património da ULSLO, ou dos utentes;
- c) Prejuízo à imagem ou reputação da ULSLO.



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

Para efeitos da presente lei, considera-se infração:

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

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

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

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

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

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

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

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

São os seguintes, os Procedimentos de Comunicação de Irregularidades e Denúncias de Infrações:

- As comunicações de irregularidades e denúncias de infrações podem ser remetidas ao SAI por correio eletrónico próprio ou por carta.
- As comunicações de irregularidades podem ser enviadas por correio eletrónico para [sai.irregularidades@ulslo.min-saude.pt](mailto:sai.irregularidades@ulslo.min-saude.pt), ou por carta, para Estrada do Forte do Alto do Duque 1449-005 Lisboa.
- As comunicações de denúncias de infrações podem ser enviadas por correio eletrónico para [denuncias@ulslo.min-saude.pt](mailto:denuncias@ulslo.min-saude.pt), ou por carta, para Estrada do Forte do Alto do Duque 1449-005 Lisboa.



- Estes meios de comunicação encontram-se divulgados na intranet e internet da ULSLO

**Link da internet:**

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

Está prevista para o mês de maio de 2026, a disponibilização do canal de denúncias através de Plataforma online de receção de denúncias por forma a melhor garantir a proteção dos denunciantes, conforme o estipulado na Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro.

Nessa altura será elaborado o novo **Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades e Denúncia de Infrações**.

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

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

Em cumprimento da Recomendação n.º 1/2009, de 1 de julho, do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) o Conselho de Administração (CA) do CHLO aprovou, em 30 de julho de 2014, o PGRIC. Tendo em consideração as recomendações do CPC e a realidade do CHLO, foram efetuadas duas revisões do referido plano, tendo sido aprovadas pelo Conselho de Administração em 2 de dezembro de 2015 e 15 de dezembro de 2021.

O Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da ULSLO (PGRIC) em vigor foi integralmente revisto visando uma caracterização mais abrangente de riscos e respetivas medidas de mitigação. De forma a refletir a nova realidade organizacional foram considerados os cuidados de saúde primários nesta revisão que se encontra em fase de finalização e será objeto de análise e aprovação por parte do Conselho de Administração durante o mês de maio de 2026.

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

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

O novo PGRIC irá incluir as Matrizes de Risco dos seguintes serviços:

- Conselho de Administração, Dirigentes e Trabalhadores
- Serviço de Auditoria Interna;
- Serviço Jurídico e de Contencioso;



- Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão;
- Serviço de Gestão de Compras;
- Serviço de Logística e Distribuição;
- Serviço de Gestão Hoteleira;
- Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação;
- Serviço Financeiro;
- Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos;
- Serviço de Gestão do Acesso e Suporte Clínico ao Doente;
- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Serviço de Comunicação e Imagem
- Serviços Farmacêuticos;
- Serviço de Nutrição Clínica;
- Serviço Social;
- Área de Cuidados de Saúde Primários
- Encarregado de Proteção de Dados
- Plano de Recuperação e Resiliência (PRR)

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

[https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao\\_gestao/PlanoGRConexasCHLO\\_2%C2%AArevisao16122021.pdf](https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/PlanoGRConexasCHLO_2%C2%AArevisao16122021.pdf)

## B. Controlo Interno e Gestão de Riscos

---

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

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

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

- a) A execução de uma atividade eficiente que assegure a utilização eficaz dos recursos e ativos, a garantia de continuidade, segurança e qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo de riscos de atividade no sentido da sua mitigação ou inexistência, da correta e prudente avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição e implementação de mecanismos/procedimentos de prevenção e de proteção do serviço prestado contra atuações danosas ou comprometedoras ao normal funcionamento;
- b) A existência de informação económica e financeira e de gestão verdadeira e apropriada que sustente/garante as tomadas de decisão e processos de controlo quer a nível interno e externo;
- c) O cumprimento das disposições legais, regulamentares, profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, de conduta e de relacionamento vertidas no Código de Ética e de Conduta e Regulamento



Interno, as orientações e recomendações provenientes de entidades externas como o Tribunal de Contas, IGAS e outras.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

No PGRIC estão identificados:

- Os serviços e respetivos diretores ou responsáveis;
- Os diferentes tipos de riscos inerentes a cada serviço e respetivas áreas de atividade;
- A sua probabilidade de ocorrência, impacto e grau do risco (em termos de alto, médio e baixo);
- Os mecanismos de controlo interno existentes;
- As medidas de melhoria (preventivas/corretivas) propostas para fazer face aos mesmos;
- O(s) responsável(eis) pela sua implementação.

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

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

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

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

Por sua vez, tendo em conta as especificidades de certos tipos de riscos existem áreas funcionais com competências para a gestão e o controlo dos mesmos, Comissões de Apoio Técnico constantes no Regulamento Interno, nomeadamente, a Comissão de Qualidade e Segurança e noutra vertente, o Encarregado da Proteção de Dados e o Responsável pelo Cumprimento Normativo, que garante e controla a aplicação do programa de cumprimento normativo. A adoção e implementação de um programa de cumprimento normativo deve incluir, pelo menos, um plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas (PPR), um código de conduta, um programa de formação e um canal de denúncias, a fim de prevenir, detetarem e sancionarem atos de corrupção e infrações conexas, levados a cabo contra ou através da entidade ULSLO.

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

**Riscos económicos e financeiros:**



- Dispersão das instalações com impacto nos gastos com transportes e na replicação de recursos;
- Contexto económico muito desfavorável;
- Custo per capita da saúde a crescer numa relação desproporcionada às verbas disponibilizadas;
- Elevado Prazo Médio de Recebimentos;
- Elevado Prazo Médio de Pagamentos;
- Diminuição do poder de negociação nos processos de aquisição de bens e serviços;
- Significativa dependência do Contrato-Programa;
- Decisões da tutela a nível central com impacto negativo na execução orçamental;
- Riscos financeiros resultantes de desequilíbrio económico-financeiro persistente;
- Despesa com convencionados (Farmácias e MCDT);
- Financiamento desajustado da realidade da ULSLO.

#### Riscos operacionais:

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

#### Riscos jurídicos:

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

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

As organizações devem analisar os fatores de risco para cada área de atividade, equacioná-los e geri-los por forma e evitar acontecimentos que prejudicam os resultados da sua atividade e o seu normal funcionamento, protegendo as suas áreas de atuação e assegurando que presidam à sua ação princípios como os da segurança, da transparência, da isenção e da eficiência.



A gestão de risco é, assim, uma tarefa contínua, em constante evolução e desenvolvimento, que, no caso da ULSLO, acompanha permanentemente a definição das estratégias adotadas pela organização e a sua implementação concreta.

Adicionalmente aos riscos da entidade já mencionados, a identificação dos riscos associados a cada unidade orgânica da ULSLO tem como objetivo conhecer a sua exposição a determinados fatores, que poderão colocar em causa a realização de determinado objetivo.

O PGRIC assume particular importância na descrição de tais riscos, classificados por serviço/áreas funcionais conforme listados anteriormente (vide ponto – ‘Indicação das políticas antifraude adotadas e identificação de ferramentas existentes com vista à mitigação e prevenção de fraude organizacional’), bem como os respetivos planos de ação na mitigação de tais riscos.

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

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

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

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

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

O Relatório intercalar e anual de execução do PGRIC reveste especial importância na aferição da execução das medidas de melhoria (preventivas e corretivas) face aos riscos constantes no Plano, tendo em consideração os prazos definidos, bem como o seu sucesso na mitigação ou supressão dos riscos correspondentes. Para o feito, o SAI procede à recolha de informação atualizada de cada serviço. Os resultados obtidos permitem ao SAI propor recomendações e desencadear procedimentos no sentido de melhorar o PGRIC.

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

Nos termos do artigo 88.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto), a ULSLO dispõe de uma Comissão de Qualidade e Segurança (CQS). Esta Comissão foi formalmente nomeada pelo Conselho de Administração em 28/05/2025 (Circular Informativa n.º 24) e orienta a sua atividade de acordo com o disposto no artigo 23.º do Regulamento Interno do CHLO e com o seu próprio Regulamento Interno, aprovado pelo Conselho de Administração em 27/06/2024.

A CQS constitui-se como um instrumento central de monitorização e de gestão de eventuais desvios indesejáveis à operacionalização esperada da organização. Trata-se de um órgão transversal à ULSLO, com composição multidisciplinar e multiprofissional, estruturado em quatro núcleos especializados:

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

Para efeitos do presente documento, assume especial relevância o Núcleo de Segurança do Doente, cujas atribuições e competências se encontram definidas no Regulamento Interno da CQS.

A Comissão integra as áreas de Qualidade, Risco, Segurança e Humanização dos cuidados, diretamente relacionadas com a missão principal da ULSLO: **prestar cuidados centrados na pessoa**. O seu âmbito de atuação envolve não apenas os profissionais da área clínica, mas também todos os que asseguram o suporte estrutural, físico e organizacional necessário para garantir condições adequadas à prestação segura e humanizada de cuidados ao doente, à família e ao cuidador.

Como suporte operacional à sua atividade, a ULSLO dispõe de uma plataforma dedicada ao registo e notificação de incidentes e eventos adversos - **The Patient Safety Company**, representada em Portugal pela empresa Antares. Esta plataforma, acessível a todos os profissionais, permite o registo de incidentes relacionados com qualidade e segurança, bem como a notificação de erros detetados. A informação recolhida é posteriormente analisada e avaliada pelo Núcleo de Segurança do Doente, utilizando metodologias estruturadas (como a matriz fishbone), possibilitando o tratamento dos incidentes e a implementação de medidas preventivas no âmbito da gestão de risco.

### **Encarregado da Proteção de Dados (EPD)**

O estatuto do Encarregado da Proteção de Dados (EPD) encontra-se previsto, essencialmente, no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (doravante RGPD), nomeadamente nos artigos 37.º a 39.º e no plano nacional, na Lei 58/2019, de 8 de agosto (Lei de execução do RGPD), nomeadamente nos artigos 9.º a 13.º.

O cargo de EPD é um verdadeiro órgão administrativo independente com atribuições e competências próprias.

A designação de um EPD é obrigatória quando se trate de autoridade ou organismo público (cfr. artigo 37.º do RGPD) e no que concerne às competências que o EPD deve reunir, prevê o n.º 5 do artigo 37.º que o EPD “é designado com base nas suas qualidades profissionais e, em especial, nos seus conhecimentos especializados no domínio do direito e das práticas de proteção de dados, bem como na sua capacidade para desempenhar as funções referidas no artigo 39.º”.

Por outro lado, a exigência de capacidade para desempenhar as suas funções remete, não apenas para as qualidades e conhecimentos profissionais do EPD, mas também para a sua posição na organização o que implica que o EPD tenha “outros conhecimentos adicionais” e “requisitos de natureza pessoal”:

- a sua idoneidade pessoal,
- a sua independência de espírito,
- a sua disponibilidade para o exercício de funções,
- a sua integridade e um elevado nível de ética profissional

No âmbito da “Posição do Encarregado de Proteção de Dados” prevê-se que o responsável pelo tratamento deve assegurar que “o encarregado da proteção de dados seja envolvido, de forma adequada e em tempo útil, em todas as questões relacionadas com a proteção de dados pessoais”, acrescentando o n.º 2 do mesmo artigo que os mesmos devem



apoiar “o encarregado da proteção de dados no exercício das suas funções a que se refere o artigo 39.º, fornecendo-lhe os recursos necessários ao desempenho dessas funções e à manutenção dos seus conhecimentos, bem como dando-lhe acesso aos dados pessoais e às operações de tratamento”.

Sublinha-se que relativamente aos recursos necessários a ULSLO deve garantir ao EPD, suportando o desempenho eficaz das funções do EPD, que vão desde:

- Apoio efetivo por parte dos quadros superiores (em especial o conselho de administração);
- À atribuição de tempo suficiente para o exercício das funções;
- À disponibilização de recursos financeiros, infraestruturas e pessoal;
- À divulgação interna da nomeação do EPD e os seus contactos;
- À garantia de acessos a serviços como os recursos humanos, serviços jurídicos ou segurança informática;
- À formação contínua, e se necessário face à realidade da organização,
- À constituição de uma equipa do EPD.

O n.º 93 do artigo citado prevê três aspetos distintos:

- O responsável pelo tratamento assegura que o encarregado da proteção de dados “não recebe instruções relativamente ao exercício das suas funções”;
- O EPD “não pode ser destituído nem penalizado pelo responsável pelo tratamento pelo facto de exercer as suas funções”;
- O EPD “informa diretamente a direção ao mais alto nível do responsável pelo tratamento” (Conselho de Administração da ULSLO).

Estamos perante a concretização dos requisitos de independência do EPD deixando ao responsável pelo tratamento claro que o EPD não pode ser alvo de “influência indevida do responsável”.

Merece referência a preocupação de o legislador em dotar esta figura de adequadas garantias de autonomia e independência. Nestes termos, impõe o artigo 38.º, entre outras garantias de imparcialidade;

- A obrigatoriedade de o responsável pelo tratamento e o subcontratante apoiarem o encarregado da proteção de dados no exercício das suas funções, designadamente, através do fornecimento dos recursos necessários ao regular desempenho daquelas e a manutenção dos seus conhecimentos;
- A exigência de que o mesmo não receba qualquer tipo de instruções, ordens ou diretrizes relativamente ao exercício das suas funções profissionais;
- A proibição da sua destituição, por parte do responsável pelo tratamento ou do subcontratante, por via do mero exercício das funções que lhe são cometidas,
- A imposição de que este apenas responda diretamente perante o mais alto nível hierárquico da direção da organização para a qual tenha sido designado.

Acresce que o EPD controla a conformidade com as regras do RGPD. Sucede, porém, que a palavra “controlo” não é propriamente a palavra mais ajustada na medida em que os poderes de controlo são encargo do Responsável pelo tratamento. De facto, recai sobre o Responsável pelo tratamento ou Subcontratante, não só garantir o cumprimento do RGPD, a legislação da União europeia ou nacional sobre a proteção de dados e os atos normativos de política interna aprovados, como criar sistemas, procedimentos, ou seja, instituir mecanismos de controlo, incluindo o risco, considerados adequados.



Ao EPD pede-se um papel de verificação do cumprimento das exigências do RGPD por parte do responsável, cabendo-lhe atuar de forma direta, quer através de recolha de informação e verificação da conformidade das atividades de tratamento, quer prestando aconselhamento.

No que concerne às Avaliações de Impacto sobre a Proteção de Dados (AIPD), o EPD deve “emitir parecer sobre a AIPD que o Responsável realize, sempre, se e quando, tal lhe for solicitado (artigo 35.º, n.º 2, do RGPD). Por força do princípio da proteção de dados desde a conceção e por defeito, que impõe o seu envolvimento o mais cedo possível, o EPD pode apenas prestar aconselhamento e esclarecimento na realização da AIPD e verificar se são cumpridas as regras que tornem obrigatória a sua realização.

Ao EPD não cabe, pois, controlar a sua realização. De outra forma, conduziria a que o EPD tivesse de emitir um parecer sobre um projeto que ele próprio elaborasse, o que teria como consequência inevitável um conflito de interesses, contrário ao estatuto de independência que lhe é reservada pelo RGPD.

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

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

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

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

Sendo o PGRIC um instrumento de gestão de risco, a ULSLO considera-o crucial, dinâmico, em constante aperfeiçoamento, e que resulta de uma monitorização e avaliação da experiência adquirida em simultâneo com novas situações que surjam dentro da organização e sua ligação com o exterior.

Para que o Plano venha a ser, na prática, profícuo e mais efetivo, é exigível a nível interno a participação global de todos os colaboradores para a melhoria na eficácia dos processos, e fomento de maior eficiência no debate e na divulgação dos princípios éticos e de boa gestão dentro da organização. A construção de uma Cultura de Boas Práticas, global e generalizada, com base em alertas e campanhas de sensibilização, vem solidificar a implementação e execução do PGRIC.

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

Saliente-se que, com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro, e do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro (revogado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto), foram criadas condições para revalorizar a atividade de fiscalização, ajustando o perfil de recrutamento do Fiscal Único e do Conselho Fiscal, respetivamente,



enquanto se reforçou o princípio da segregação entre a administração e a fiscalização da entidade no modelo de organização vigente.

A função de fiscalização assegurada no passado pelo Fiscal Único, enquanto órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial da ULSLO, assegurava especificamente a verificação da regularidade dos registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte, assim como dar parecer sobre o relatório de gestão do exercício e certificar as contas.

Atualmente, a ULSLO tem Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas nomeados pelo despacho n.º 12171/2021, de 16 de dezembro, proferidos pelos Senhores Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, cujas competências estão mencionadas no Artigo 80.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

## C. Regulamentos e Códigos

---

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

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

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

O regulamento interno da ULSLO, encontra-se finalizado a aguardar aprovação da Direção Executiva do SNS e posterior homologação do membro do governo responsável pela área da saúde.

### 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;

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

Este Código visa estabelecer os princípios e normas éticas e de comportamento, destinadas a orientar os colaboradores da ULSLO no desempenho das suas funções, de modo que as possam exercer com elevados padrões de qualidade e em linha com os objetivos e missão da instituição na prestação de cuidados de saúde.

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

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

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

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

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

Está em curso a revisão do Código por forma a acomodar as recentes recomendações da IGAS.

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

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

No que se refere às relações externas, mais concretamente com os seus fornecedores, a ULSLO respeita os princípios da contratação pública, nomeadamente os princípios da igualdade, isenção, transparência e concorrência na seleção dos fornecedores, conforme previsto na Lei aplicável.

### **3. Regime Geral da Prevenção da Corrupção (RGPC: anexo do Decreto-Lei nº 109-E/2021, de 9 de dezembro):**

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

Na ULSLO vigora o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC) existente no CHLO, aprovado pelo Conselho de Administração em 15/12/2021. Conforme já referido, encontra-se a ser finalizado o novo Plano da ULSLO com as devidas atualizações. Registe-se que de acordo com o Capítulo III, n.º 1 do Artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, “As entidades abrangidas adotam e implementam um PPR que abranja toda a sua organização e atividade, incluindo áreas de administração, de direção, operacionais ou de suporte”.



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

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

A ULSLO considera o PGRCIC um instrumento fundamental para a gestão. Este deve ser entendido como dinâmico, sujeito a um aperfeiçoamento contínuo, resultante da sua monitorização/avaliação, através da experiência que vai sendo adquirida, da consideração de novas situações que vão surgindo no seio da organização (ULSLO) e da sua interligação com o exterior. Para que o Plano seja cada vez mais profícuo, exige-se uma participação global de todos os serviços nesse sentido. Para que essa participação seja mais eficaz e eficiente deve, no seio da organização, existir a preocupação constante de fomentar o debate e a divulgação dos princípios éticos e de boa gestão, bem como alertar e sensibilizar para uma cultura de boas práticas de modo a possibilitar a existência de um sistema de controlo interno mais adequado.

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

Dando cumprimento ao referido na alínea a) do n.º 4 do Artigo 6.º do Anexo do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, foi elaborado um relatório intercalar, no mês de outubro de 2025, nas situações identificadas de risco de grau elevado ou máximo, que pode ser consultado no link:

[https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao\\_gestao/relatorio-de-avaliacao-intercalar-do-pgrcic-10\\_2025.pdf](https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/relatorio-de-avaliacao-intercalar-do-pgrcic-10_2025.pdf)

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

O relatório de avaliação da execução anual respeitante ao ano de 2025 está em fase de finalização prevendo-se a sua conclusão e publicação até 30 de abril de 2026.

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

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

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

## D. Deveres Especiais de Informação

---

- 1. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de informação a que a empresa se encontra sujeita, nomeadamente os relativos ao reporte de informação económica e financeira (vide alíneas d) a i) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE), a saber:**
  - a. Prestação de garantias financeiras ou assunção de dívidas ou passivos de outras empresas, mesmo nos casos em que assumam organização de grupo;**

Não existem.



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

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

- ACSS/ARSLVT: Sistema de recolha de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)
- SISEE: Sistema de Informação do Setor Empresarial do Estado

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

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

- ACSS/ARSLVT: Sistema de recolha de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)
- SISEE: Sistema de Informação do Setor Empresarial do Estado

**d. Orçamento anual e plurianual;**

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

- ACSS/ARSLVT: Sistema de recolha de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)
- SISEE: Sistema de Informação do Setor Empresarial do Estado

**e. Documentos anuais de prestação de contas;**

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

- ACSS/ARSLVT: Sistema de recolha de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA)
- SISEE: Sistema de Informação do Setor Empresarial do Estado

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

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

- SISEE: Sistema de Informação do Setor Empresarial do Estado

## **E. Sítio na Internet**

---

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

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

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



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

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

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

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

\* O regulamento interno da ULSLO encontra-se já finalizado a aguardar aprovação da Direção Executiva do SNS e posterior homologação do membro do governo responsável pela área da saúde, pelo que o RI apresentado é do CHLO.

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

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

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

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

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

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

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

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

[https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/ULS-LISBOA-OCIDENTAL\\_AM\\_2025.SEGS\\_.pdf.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/ULS-LISBOA-OCIDENTAL_AM_2025.SEGS_.pdf.pdf)

[https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Termos-de-Referencia-para-a-Contratualizacao-2025-homologado\\_vf.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Termos-de-Referencia-para-a-Contratualizacao-2025-homologado_vf.pdf)

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

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



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

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

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

- b. Código de Ética;

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

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

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

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

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

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

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

- f. Código de Conduta;

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

- g. Relatório sobre remunerações por género;

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

A ULSLO encontra-se a elaborar o Plano de Igualdade de género 2025/2026, encontrando-se o plano para a igualdade de género 2023/2024, publicado e disponível no seguinte site:

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

- 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 (vide artigo 45º do RJSPE);

O presente documento, em conjunto com o Relatório de Gestão e Contas, respondem ao modo como foi prosseguida a missão da ULSLO, qual o grau de cumprimento dos objetivos acordados com as Tutelas, da forma como foi cumprida a política de responsabilidade social, de desenvolvimento sustentável e os termos de prestação do serviço público, e em

que medida foi salvaguardada a sua competitividade, designadamente pela via da investigação, do desenvolvimento, da inovação e da integração de novas tecnologias no processo produtivo.

Os documentos relativos ao ano de 2025 encontram-se em elaboração e estarão disponíveis no sítio da internet da ULSLO nos separadores:

**Relatório de Governo Societário:**

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

**Relatório de Gestão e Contas:**

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



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

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

O Acordo Modificativo ao contrato-Programa 2025, resultou da contratualização entre o Conselho de Administração da ULSLO e a Direção Executiva do SNS, tendo o mesmo sido homologado pela Senhora Secretária de Estado da Gestão da Saúde a 30/01/2025.

O PDO referente ao triénio 2025-2027 foi elaborado e autorizado pelo Conselho de Administração a 29/01/2025, foi aprovado pela Senhora Ministra da Saúde a 30/07/2025, tendo a sua produção de efeitos ficado condicionada aos termos do Quadro Global de Referência que viesse a ser aprovado. Assim, o Despacho n.º 24/2005/MS, de 4 de dezembro, da Senhora Ministra da Saúde vem proceder à indicação das orientações a seguir pelas entidades do SNS, no contexto da execução dos PDO, em particular em matéria de contratação de Recursos Humanos e realização de investimentos.

Em fevereiro de 2026 foi elaborada uma adenda ao Contrato Programa 2025, com o objetivo de proceder a um reforço orçamental, por conta dos adiantamentos efetuados ao longo do ano de 2025,

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.º 1, 2 e 4 do artigo 48.º do RJSPE). A empresa deve apresentar declaração do seguinte:**
  - a. **que elaborou uma proposta de contratualização da prestação de serviço público;**
  - b. **que essa proposta foi apresentada ao titular da função acionista e ao membro do Governo responsável pelo respetivo setor de atividade; e**
  - c. **que a proposta cumpre com todos os requisitos legais definidos no n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE.**

A proposta de Contratualização elaborada pela ULSLO para o ano de 2025 teve por base as orientações da Tutela, constantes no documento “Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2025”, disponível para consulta em:

[https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Termos-de-Referencia-para-a-Contratualizacao-2025-homologado\\_vf.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Termos-de-Referencia-para-a-Contratualizacao-2025-homologado_vf.pdf)

As metas previstas para o ano de 2025 constam do Acordo Modificativo de 2025 [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/ULS-LISBOA-OCIDENTAL\\_AM\\_2025.SEGS\\_.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/ULS-LISBOA-OCIDENTAL_AM_2025.SEGS_.pdf).

A Unidade Local de Saúde é financiada mediante um valor prospetivo, calculado de acordo com um modelo de financiamento de base capitolacional, ajustada pelo risco, pelos fluxos e pela diferenciação da instituição.

O Acordo Modificativo define o nível de atividade aferido pelo Quadro Mínimo de Produção, bem como de um conjunto de metas inerente ao cumprimento dos Indicadores Institucionais. O Modelo implementado contempla a atribuição de um valor em incentivos, de acordo com o nível de cumprimento dos valores contratualizados, ou em sentido contrário, a aplicação de penalizações.

O Contrato-Programa define anualmente objetivos nacionais nas áreas do acesso, qualidade, eficiência e integração de cuidados, que visam garantir uma prestação de cuidados atempada e adequada à população servida pela ULS.



## VII. Remunerações

### A. Competência para a Determinação

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

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

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

Nenhum elemento do Conselho de Administração usufrui de cartões de crédito ou outro Instrumento de pagamento para a realização de despesas ao serviço da empresa. Eventuais despesas dos membros do Conselho de Administração seguem o mecanismo de autorização estabelecido na lei.

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

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

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

## B. Comissão de Fixação de Remunerações

---

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

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

## C. Estrutura das Remunerações

---

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

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

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

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

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

As remunerações são definidas por normativos legais acima identificados.

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

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

Não existe componente variável da remuneração.

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

Não existe componente variável de remuneração.

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

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

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

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

## D. Divulgação das Remunerações

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

Membro do CA	Remuneração mensal fixada - EGP			
	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)	
	[S/N]	[A/B/C]	Vencimento mensal	Despesas representações
Dr.ª Maria Isabel Beato Viegas Aldir	N	B	6 401,58 €	2 134,47 €
Dr. Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas	S	B	4 268,77 €	1 707,51 €
Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio	S	B	4 268,78 €	1 671,57 €
Dr.ª Maria Armanda Morato Bravo Moura	S	B	4 268,77 €	1 707,51 €
Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	S	B	4 268,78 €	1 707,51 €
Enf.ª Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão	S	B	4 268,78 €	1 707,51 €

Membro do CA	Remuneração Anual 2025 (€)		
	Fixa	Variável	Bruta
Dr.ª Maria Isabel Beato Viegas Aldir	115 145,92 €	19 420,42 €	134 566,34
Dr. Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas	80 181,02 €		80 181,02
Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio	67 244,15 €		67 244,15
Dr.ª Maria Armanda Morato Bravo Moura	80 181,02 €		80 181,02
Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	80 217,10 €		80 217,10
Enf.ª Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão	80 181,16 €		80 181,16
<b>Total</b>	<b>503 150,37 €</b>	<b>19 420,42 €</b>	<b>522 570,79 €</b>

Membro do CA	Benefícios Sociais (€)							
	Subsídio de Refeição		Regime de Proteção Social		Encargo Anual Seguro de Vida	Encargo Anual Seguro de Saúde	Outros	
	Valor / Dia	Montante pago Ano	Identificar	Encargo Anual			Identificar	Valor
Dr.ª Maria Isabel Beato Viegas Aldir	6,00 €	1 446,00 €	CGA	31 959,62 €		3 136,84 €		
Dr. Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas	6,00 €	1 476,00 €	CGA	19 042,92 €		2 091,73 €		
Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio	6,00 €	1 050,00 €	SS	15 970,56 €		2 091,73 €		
Dr.ª Maria Armanda Morato Bravo Moura	6,00 €	1 368,00 €	CGA	19 042,92 €		2 091,73 €		
Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	6,00 €	1 452,00 €	SS	19 051,59 €		2 091,73 €		
Enf.ª Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão	6,00 €	1 380,00 €	CGA	19 043,06 €		2 091,73 €		
<b>Total</b>		<b>8 172,00 €</b>		<b>124 110,67 €</b>		<b>13 595,49 €</b>		<b>0,00 €</b>

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

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

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

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

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

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

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

Membros do Órgão de Fiscalização	Remuneração Anual (€)
	Bruta
Dr. Vítor Manuel Baptista de Almeida	21 169,26 €
Dra. Tânia Isabel Branco de Jesus	16 883,72 €
<b>Total</b>	<b>38 052,98 €</b>

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

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

## VIII. Transações com Partes Relacionadas e Outras

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

Não foram efetuadas transações com partes relacionadas. No entanto, a ULSLO sujeita-se, na celebração de quaisquer contratos de aquisição de bens, obras e serviços, mas também concessões (de obras e serviços públicos), ao regime procedimental previsto na parte II do Código dos Contratos Públicos (CCP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, na sua redação atual.

Dito de outro modo, todo e qualquer contrato que envolva prestações típicas daqueles contratos (e só destes; cfr. artigo 6.º, n.º 2, do CCP) que seja celebrado pela ULSLO é sempre precedido por um dos procedimentos legalmente tipificados naquele diploma legal, sendo aferido caso a caso, de acordo com o critério geral de escolha do procedimento (artigos 17.º, 18.º, 19.º e 20.º, todos do CPP) e com os critérios materiais (cfr. artigos 24.º e ss.), qual o procedimento em concreto aplicável.

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

### 2. Informação sobre outras transações:

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

Nos termos do artigo 1.º, n.º 2, alínea a) do Decreto-Lei n.º 233/2005, a ULSLO é uma pessoa coletiva pública de natureza empresarial, cuja atividade, apesar de comungar de diversos traços de regime de Direito Público, é maioritariamente regida pelo Direito Privado, cfr. artigo 14.º do Novo Regime do Sector Empresarial do Estado, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro.

Um dos traços mais marcantes do referido carácter jurídico-público é a sujeição da celebração de quaisquer contratos de aquisição de bens, obras e serviços, mas também concessões (de obras e serviços públicos), ao regime procedimental previsto na parte II do Código dos Contratos Públicos (CCP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, na sua redação atual. Dito de outro modo, todo e qualquer contrato que envolva prestações típicas daqueles contratos e que seja celebrado pela Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E., é sempre precedido por um dos procedimentos legalmente tipificados naquele diploma legal, sendo aferido caso a caso, de acordo com o critério geral de escolha do procedimento (artigos 17.º, 18.º, 19.º e 20.º, todos do CCP) e com os critérios materiais (cfr. artigos 24.º e ss.), qual o procedimento em concreto aplicável.

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

No caso específico da aquisição de medicamentos e de material de consumo clínico, as aquisições são efetuadas ao abrigo dos Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA) na área da Saúde, mediante convite à apresentação de proposta dirigido apenas aos operadores económicos que sejam partes naqueles CPA, de acordo com o procedimento pré-contratual previsto no artigo 259.º do CCP. Destacam-se ainda as aquisições centralizadas promovidas pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS, EPE), nos termos do Despacho n.º 1571-B/2016, publicado no Diário da

República, 2ª Série, n.º 21, 1 de fevereiro de 2016, sendo que a maioria dos medicamentos adquiridos pela ULSLO são objeto das aquisições centralizadas promovidas pela SPMS, EPE. A agregação centralizada destes bens, tem também como objetivo a redução de encargos financeiros promovendo a economia de escala e também a normalização a nível nacional do preço dos medicamentos que representam maior encargo para o Serviço Nacional de Saúde.

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

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

Não existem.

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

SUCH - Serviço de utilização Comum dos Hospitais:16.098.823,54€.



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

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

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

A política de **responsabilidade social, ambiental e económica**, subjacente na missão, visão e valores da organização, que promovem algumas dimensões já abordadas nos eixos estratégicos definidos para a ULSLO, assenta em princípios que promovem a:

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

Estes princípios concretizam-se num conjunto de medidas implementadas pelos vários serviços da ULS ao longo do ano 2025 e que se descrevem no ponto seguinte.

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

O Conselho de Administração tem vindo a acompanhar de perto a estratégia para a implementação do Plano Estratégico do Baixo Carbono (PEBC) e do Programa de Eficiência Energética na Administração Pública (ECO.AP) no Ministério da Saúde que visa promover a redução dos consumos e dos custos com energia e água averiguando a evolução dos consumos e custos e, ainda, identificando potenciais oportunidade de racionalização energética, resíduos e hídrica. Exemplos disso, a ULSLO já tem dois dos seus hospitais a funcionar com centrais de cogeração e novos ecopontos para uma boa gestão de resíduos.

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

- Sensibilizando os funcionários para a necessidade de redução do consumo de água quente sanitária, eliminando desperdícios e alertado os utentes do centro hospitalar para a poupança de água e eletricidade;
- Adquirindo, preferencialmente, equipamentos com menores consumos de energia, nomeadamente, as lâmpadas de baixo consumo e procurado a redução dos consumos de energia através de alertas ao pessoal da segurança para, aquando das rondas apagarem as luzes e desligarem os equipamentos desnecessariamente acesos/ligados;



- Instalando redutores de caudal (difusores, filtros, atomizadores ou arejadores) nas torneiras e chuveiros;
- Prestando formação teórica sobre triagem de resíduos e passado a identificar os contentores para o correto acondicionamento dos resíduos nos respetivos locais de produção.
- Tendo preocupação com a adequada política de gestão de stocks de níveis mínimos no sentido de serem evitados prejuízos, a todos os níveis, em especial, por prazos de validade expirados.

Neste sentido, no ano 2025 foram promovidas várias iniciativas, das quais destacamos:

O **Serviço de Ortopedia**, em colaboração com a **Equipa de Gestão de Altas** encontram-se a devolver um programa integrado de otimização da gestão das altas em Traumatologia Ortopédica, designado de **OPERA – Otimização do Percurso de Reabilitação e Alta**. Encontra-se atualmente em fase de implementação,

O OPERA, reorganiza todo o percurso do doente — desde a admissão e preparação pré-operatória até à alta e transição de cuidados — com o objetivo de reduzir internamentos prolongados, acelerar a recuperação funcional e garantir altas mais seguras, previsíveis e sustentáveis.

O projeto assenta no mapeamento completo do fluxo do doente, desde a urgência até à alta, identificando problemas, desperdícios e causas que não acrescentam valor clínico ou organizacional.

Tem como **missão**, assegurar um percurso cirúrgico e de reabilitação eficiente, seguro e coordenado, permitindo que cada doente atinja autonomia funcional no menor tempo possível e tenha uma alta atempada, planeada e articulada com os cuidados subsequentes. Em consequência, aumentar a rotatividade de camas e reduzir infeções nosocomiais.

Tem como **visão**, tornar-se uma referência nacional na gestão integrada das altas em ortopedia (replicável noutras, ex. Neurocirurgia), demonstrando que a articulação multidisciplinar, a reabilitação precoce e o planeamento estruturado da alta melhoram cuidados clínicos, reduzem custos e reforçam a sustentabilidade do SNS.

O OPERA encontra-se numa fase avançada de maturidade, com diagnóstico concluído, equipas envolvidas, processos padronizados e articulação interna e externa estabelecida.

O **Serviço de Medicina Intensiva**, mais especificamente a UCI2, pertence ao Grupo do Green ICU, um projeto que pretende aumentar a sustentabilidade económica, social e ambiental e reduzir custos e a pegada ecológica.

No âmbito deste projeto foram efetuadas as seguintes medidas:

- Otimização de circuitos – Na UCI2 foi introduzido a separação de blisters dos medicamentos que vêm da farmácia e que são separados colocando num recipiente que posteriormente é levado pela SUCH em saco transparente, fechado com atilho, da mesma forma que fazem com o vidro dos frascos de medicação.
- Diminuição de desperdício – Redução do número de copos de plástico/cartão que o serviço recebia, optando por utilizar loiça de vidro. Foram substituídos os copos descartáveis onde era colocada a medicação e as gasimetrias, por copos reutilizáveis devidamente identificados. Estão a decorrer reuniões com o PPCIRA de modo a tentar substituir as bacias e ebonites de cartão descartáveis pelos do inox.
- Utilização de materiais de menor consumo – Substituição de medicação como o Paracetamol EV pelo PO por ter menor preço no fabrico, transporte e tratamento dos resíduos, sempre que possível.

Os **Serviços Farmacêuticos** integram uma área assistencial com papel determinante no circuito do medicamento, desde a aquisição e gestão de *stocks* até à dispensa ao doente e, por isso, com impacto transversal nas três dimensões da sustentabilidade: económica, social e ambiental.



Em 2025 os Serviços Farmacêuticos consolidaram e aprofundaram o seu compromisso com um modelo de gestão responsável, alinhado com os objetivos estratégicos da ULSLO, com a Agenda 2030 das Nações Unidas, com o Pacto Ecológico Europeu e com o conceito *One Health*, que integra a saúde humana, ambiental e animal. Este compromisso está definido num Plano Estratégico de Sustentabilidade formal e nas iniciativas de modernização em curso, estruturadas em torno de três eixos:

- **Proteção ambiental**, foi implementado um conjunto de medidas concretas de redução do impacto ambiental, integradas numa estratégia de “Farmácia sem papel” e de gestão de recursos:
  - Separação e gestão diferenciada de resíduos farmacêuticos, biológicos, de cartão e comuns, assegurando o cumprimento da legislação e a minimização da contaminação ambiental;
  - **Implementação do sistema de distribuição automatizada por Kardex (HEM e HSC), com redução significativa da impressão em papel associada à gestão de stocks e à preparação da dose unitária e distribuição de medicamentos;**
  - Aquisição de *tablets* e *PDA*s para digitalização de circuitos críticos, incluindo a reposição de stocks sem impressão de papel, eliminando suporte físico em processos operacionais de rotina (em implementação);
  - Implementação de sensores de movimento e controlo energético nas instalações, visando a redução do consumo de energia;
  - Desenvolvimento em curso de um circuito fechado e totalmente desmaterializado para a justificação e validação de medicamentos, visando a eliminação completa do suporte físico e a redução da pegada carbónica (em implementação);
  - Campanha de sensibilização "Ajude-nos a ser uma farmácia mais sustentável" e campanha "SF Sem Descartáveis", com metas mensuráveis de redução de resíduos e substituição de materiais descartáveis por alternativas reutilizáveis.
- **Legalidade e ética empresarial**, os Serviços Farmacêuticos pautam a sua atuação pelo estrito cumprimento do quadro legal e regulatório aplicável à farmácia hospitalar:
  - Cumprimento integral da legislação do medicamento de uso humano, incluindo normas do Infarmed, circulares normativas da DGS e critérios de utilização emitidos pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT);
  - Articulação sistemática com a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), assegurando que as decisões de seleção, introdução e utilização de medicamentos e dispositivos médicos assentam em critérios de evidência, transparência e independência técnica;
  - Participação no Grupo de Avaliação de Dispositivos Médicos (GaDIM), que introduz transparência e racionalidade metodológica aos processos de seleção e avaliação de dispositivos, com critérios documentados e auditáveis;
  - Respeito pelos princípios deontológicos que regem o exercício da profissão farmacêutica, independência técnica, confidencialidade, primado do interesse do doente e ausência de conflitos de interesse, em conformidade com o Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos.
- **Desenvolvimento sustentável** - Os SF são acreditados pelo sistema ACSA, modelo de gestão clínica, comprometidos com ciclos de melhoria contínua estruturados em torno de cinco grupos de *standards*: cidadão, organização centrada no utente, profissionais, processos e resultados. Esta acreditação garante que as iniciativas de sustentabilidade não são isoladas, mas integradas num sistema de gestão robusto e periodicamente avaliado, alinhado com a Estratégia Nacional de Sustentabilidade do SNS.  
No plano da sustentabilidade social e organizacional, destacam-se:
  - A consulta farmacêutica e o sistema de dispensa em ambulatório com farmacêutico de referência atribuído a cada doente, promovendo acessibilidade, personalização e uso racional do medicamento;



- A criação de um calendário anual de formação interna (competências técnicas e soft skills), reforçando o desenvolvimento contínuo da equipa;
- A implementação de "Questionários de Ideias" anuais (Google Forms), concluída em 2025, envolvendo os profissionais na identificação de soluções inovadoras para o serviço;
- O programa de comunicação interna (briefings, plataformas digitais), melhorando a articulação entre equipas e reduzindo ineficiências de comunicação organizacional.

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

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

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

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

Foram realizadas ações de formação gerais e abertas a todos os serviços sobre triagem de resíduos. Da qualidade da triagem feita pelo produtor resultará a correta alocação de recursos ao respetivo tratamento. Foram realizadas 8 ações de formação, a que assistiram 247 formandos.

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

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

A preocupação ambiental refletiu-se também no reforço da frota da ULSLO com duas novas viaturas elétricas, adquiridas com recurso ao PRR e PADEC.

No ano de 2025 foi implementado no Hospital de Santa Cruz a dispensa de fardamento em equipamentos automáticos, permitindo uma gestão sustentável do fardamento e contribuindo para a satisfação dos profissionais.

O **Serviço de Gestão de Compras** reforçou em 2025 o compromisso com a sustentabilidade, promovendo a otimização de circuitos, a redução do desperdício e a introdução de critérios de escolha que valorizem boas práticas sociais e ambientais, incluindo a utilização de materiais de menor consumo e a adoção de práticas que contribuem para a diminuição da pegada carbónica.

Sempre que possível, foram observadas as recomendações, designadamente as vertidas na Estratégia Nacional para as Compras Públicas Ecológicas, de forma a implementar estratégias de compras que possibilitem as boas práticas sustentáveis e a introdução de critérios ecológicos nos procedimentos aplicáveis.

O **Serviço de Logística e Distribuição** (SLD) é responsável por desenvolver e aplicar a política de gestão de *stocks*, desde a sua receção, ao seu armazenamento, circuitos de distribuição, modelos de armazéns, inventários, entre outros. Neste sentido, o SLD desenvolveu em 2025, diversas atividades, quer do âmbito económico, quer social/profissional ou ambiental.

Foi iniciado o projeto RFID que visa a identificação e disponibilização de produtos com “Tags” RFID. Este sistema encontra-se implementado com duas vertentes distintas:

- RFI nos cuidados primários, melhorando a forma como os profissionais clínicos reportam necessidades, bem como ajuda na definição de pickings a realizar.
- RFID para Blocos Operatórios e similares, onde com a atuação natural de abertura e descarte de embalagens é possível captar o material gasto em cada intervenção cirúrgica, garantindo assim melhores registos de consumo e em tempo útil, tornando muito mais eficaz a reposição de stocks.

Foram ainda desenvolvidos projetos no âmbito da divulgação estatística com dashboards específicos nas seguintes áreas:

- Informação de consumos para equipas clínicas;
- Informação de consumos para especialização;
- Informação de inventários para equipas internas.

Entrou em produção o projeto “Produtos de apoio” com distribuição capilar de produtos de apoio ao Utente de forma a dar cumprimento ao Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA). Este projeto contempla a distribuição de produtos de controlo à incontinência diretamente ao Utente, sendo que do ponto de vista logístico, implica a distribuição nos Centros de Saúde, em lares na comunidade e em locais acordados com as Câmaras Municipais.

Ainda neste âmbito, destacam-se as seguintes iniciativas promovidas ao longo do ano:

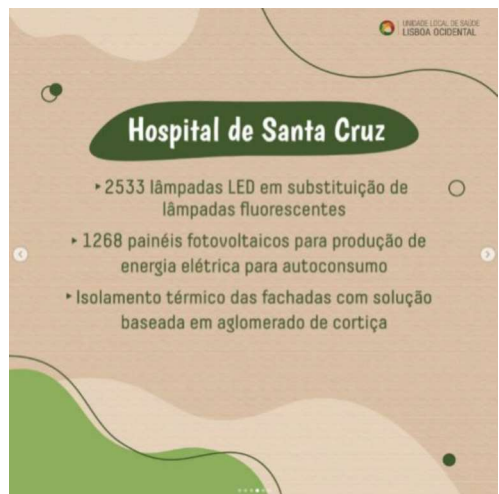
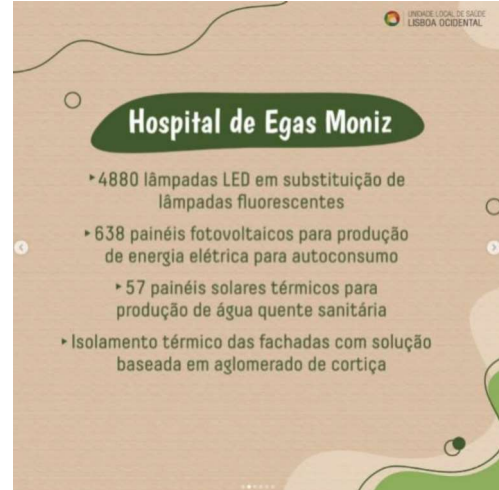
### Participação de vários profissionais da ULSLO no evento do Conselho Português para a Saúde e Ambiente

1º Congresso Nacional da Saúde e Ambiente




**Dia Mundial do Ambiente**

Post no Instagram assinalou data e conquistas



Circular Informativa

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE LISBOA OCIDENTAL	<b>Circular Informativa N.º 36/25</b>
	<b>Data: 11/08/2025</b>

**Conselho de Administração**

**Assunto:** Aumento do volume de impressões e fotocópias

A ULSLO tem procurado adotar práticas mais sustentáveis e eficientes, alinhadas com a sua política de modernização, transição digital e sustentabilidade ambiental. Neste sentido, temos vindo a privilegiar a digitalização dos processos e a progressiva redução do uso de papel, uma ambição que acompanha a visão de sermos uma “instituição tendencialmente sem papel e ecologicamente sustentável”.

No entanto, tem sido identificado um aumento muito significativo no número de impressões realizadas nas diversas unidades e serviços da ULSLO.

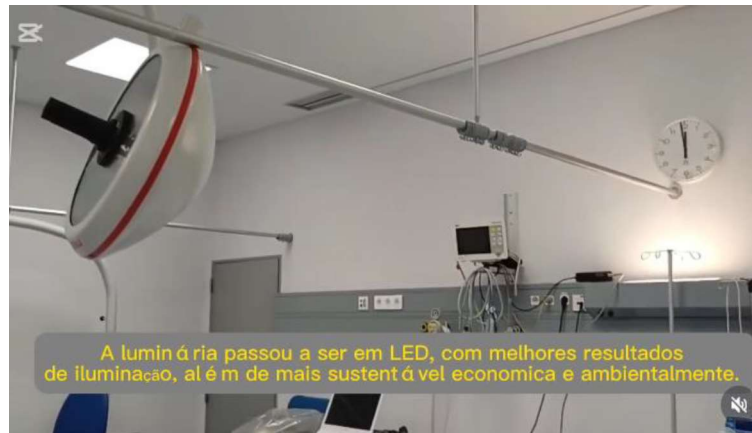
Acresce que os serviços de impressão contratados atualmente a empresa externa estabelecem limites de utilização os quais, neste momento, estão a ser ultrapassados de forma expressiva. Este consumo excessivo determina custos avultados e adicionais para a Instituição, que poderiam ser reduzidos com um uso mais criterioso das impressoras e fotocopiadoras

Assim, apelamos à colaboração de todos os profissionais no sentido de adotarem práticas mais responsáveis e racionais de impressão, nomeadamente:

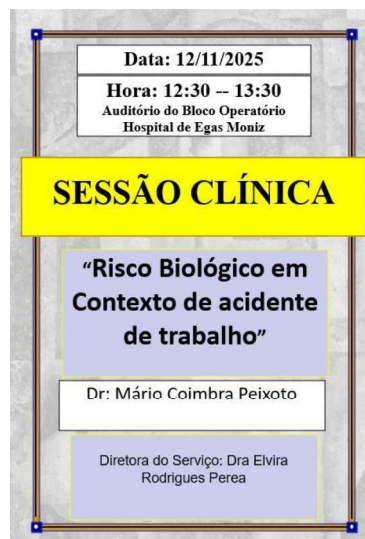
- Imprimir apenas quando estritamente necessário;
- Evitar sempre que possível, optando por impressão a preto e branco;
- Usar a impressão frente e verso (duplex) como padrão;
- Rever os documentos antes de imprimir, para evitar cópias desnecessárias;
- Privilegiar a partilha digital de documentos, recorrendo às ferramentas informáticas já disponibilizadas internamente.

Renovação do Bloco de Partos com impacto na eficiência energética e sustentabilidade ambiental – Site institucional, Intranet, Redes Sociais e Press Release





**Sessão Clínica "Risco biológico em contexto de acidente de trabalho" – divulgada na Intranet**



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

Neste momento, a ULSLO encontra-se a elaborar o Plano de Igualdade de género 2025/2026.

A ULSLO promove ativamente uma política de igualdade de oportunidades.

No final do ano 2025, a ULSLO tinha a exercer funções 5.599 trabalhadores, dos quais 1.242 são homens e 4.357 são mulheres, evidenciando-se uma predominância do sexo feminino (77,82%) em praticamente todos os grupos profissionais.

Após integração dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares e fruto dos consequentes ajustes em diversas áreas, registou-se assim um aumento de 114 profissionais face aos existentes no ano de 2025.



Tendo em conta esta realidade, as políticas de RH tendem à promoção da igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres e à eliminação das discriminações, designadamente:

- ao nível do emprego e das remunerações;
- na esfera da tomada de decisão e da liderança;
- no acesso a oportunidades de formação;
- na articulação da vida profissional, pessoal e familiar;

Naquilo que se refere à gestão do capital humano da ULSLO, o Conselho de Administração tem procurado gerir as oportunidades de forma a eliminar as discriminações e a permitir a conciliação da vida profissional com a vida pessoal e familiar.

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

Importa referir que na presença de um universo de trabalhadores maioritariamente feminino (77,82%) grande parte das preocupações plasmadas na Resolução do Conselho de Ministros n. 19/2012, de 23 de fevereiro são automaticamente neutralizadas, pelo que não se considerou a conceção de um plano para igualdade.

Todavia, o Conselho de administração da ULSLO não ignora a problemática porque a preocupação não se resume tão-somente ao número de mulheres nos órgãos de gestão, mas também à não discriminação ou obstrução do exercício da função pelos pares, pelo que segue com especial cuidado a evolução da situação através de um acompanhamento regular.

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

É de destacar a dimensão humana e o respeito pelas pessoas na estratégia e políticas de gestão de recursos humanos concomitantemente com a valorização, o emprego e a progressão na carreira estimulando a aquisição de competências através da formação contínua e da aprendizagem ao longo da vida.

Em concreto, criar condições de trabalho motivadoras que favoreçam a excelência e o mérito, garantindo os mais elevados padrões de saúde e segurança no trabalho, desde o apoio ativo da transição do ensino para a vida ativa, promovendo a formação contínua qualificante, até ao envelhecimento ativo visando o equilíbrio geracional dos recursos humanos no quadro de uma política laboral responsável e socialmente sustentável.

Em 2025, a Unidade de Formação realizou 184 ações de formação com 3.246 participantes de vários grupos profissionais, sendo 60 externos. Deste modo, verificou-se que houve um aumento decréscimo de 33% em relação ao ano anterior.

**6. Informação sobre a política de responsabilidade económica, com referência aos moldes em que foi salvaguardada a competitividade da empresa, designadamente pela via de investigação, inovação, desenvolvimento e da integração de novas tecnologias no processo produtivo (vide n.º 1 do artigo 45.º do RJSPE). Referência ao plano de ação para o futuro e a medidas de criação de valor para o acionista (aumento da produtividade, orientação para o cliente, redução da exposição a riscos decorrentes dos impactes ambientais, económicos e sociais das atividades, etc.).**

O Conselho de Administração, sensível à necessidade de garantir a efetividade clínica com qualidade e segurança nos serviços prestados, numa perspetiva de melhoria contínua, tem promovido e implementado diversos programas que mantêm a organização como uma unidade prestadora de cuidados de saúde altamente diferenciados, com intensa concentração de conhecimentos e de recursos técnicos, garantindo uma prestação de elevada qualidade.

Destaque para:

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

A concentração de inovação médica e de técnicas diferenciadas permite a obtenção dos melhores resultados clínicos, capitalizando a experiência dos profissionais e o uso clinicamente apropriado e economicamente racional dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

O **Centro de Inovação e Investigação Clínica** (CIIC) tem como missão coordenar a atividade de Investigação da ULSLO, estimular a inovação, produção e aplicação do conhecimento científico que permita melhorar a qualidade da organização, da prestação de cuidados a produção de conhecimento científico, bem como, responder a solicitações de natureza científica que lhe sejam presentes.

Com a criação da ULSLO, passou a designar-se **Centro de Inovação e Investigação Clínica**, sucedendo ao anterior **Serviço de Inovação e Investigação Clínica**.

Esta evolução organizacional reflete o reforço do papel estratégico da investigação clínica na instituição, permitindo ampliar a articulação entre diferentes níveis de cuidados, promover investigação multidisciplinar e potenciar a participação em redes nacionais e internacionais de investigação.

O CIIC é responsável pela organização de todos os procedimentos relacionados com a investigação clínica, nomeadamente:

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

A investigação clínica envolve um número crescente de serviços da instituição, evidenciando uma forte participação multidisciplinar.

De referir que em 2025 foram submetidos os estudos de cuidados de saúde primários.

A atividade de investigação clínica desenvolve-se, em estreita colaboração, com instituições académicas e científicas. Destaca-se a integração no Centro Académico Clínico de Lisboa, que promove a articulação entre instituições de saúde e ensino superior, reforçando a ligação entre assistência, ensino e investigação.

O CIIC mantém igualmente uma colaboração próxima com a **NOVA Clinical Research Unit** (NovaCRU) da NMS, que apoia o desenvolvimento de projetos de investigação clínica, a promoção de ensaios clínicos e a formação em investigação e com o **CoLAB TRIALS**, laboratório colaborativo (sócio fundador) que reúne unidades de saúde, universidades, indústria farmacêutica e biotecnológica e um centro de medicina laboral.

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

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

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

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

No que se refere à inovação, destaca-se a contínua aposta ao nível dos **Centro de Referência** dedicados ao tratamento de patologias que pela sua raridade, pela complexidade do diagnóstico ou do tratamento, e pelos custos elevados, obrigam à necessidade de uma estreita cooperação de diferentes especialidades médicas, de múltiplos recursos tecnológicos avançados e dispendiosos para garantir um tratamento diferenciado, otimizado ao doente e em igualdade de acesso.

É um conceito particularmente importante em determinadas áreas de medicina pela sua atividade inovadora, de elevado volume e qualidade, com uma importante participação na formação pré-graduada e pós-graduada, sendo a escolha privilegiada por numerosos especialistas nacionais e estrangeiros para o seu treino; e académica, em teses de mestrado e de doutoramento e participação em grupos técnicos, para além de permitir formalizar parcerias com centros de investigação nacionais e estrangeiros.

Os Centros de Referência revelam, ainda, capacidade de iniciativa e de mobilização da instituição, da sociedade civil e demais parceiros comerciais, para investimentos de ponta em equipamento.

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

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



- Transplante de rim – adultos,
- Implantes cocleares,
- Neurorradiologia de intervenção na doença cerebrovascular (em colaboração com a Unidade Local de Saúde Almada-Seixa).

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



## X. Avaliação do Governo Societário

1. Menção à disponibilização em SISEE 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.

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

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

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

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

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

A ULSLO não tem outras informações a prestar.



O Conselho de Administração

A Presidente do Conselho de Administração

Isabel  
Aldir

DN: c=PT, title=Presidente,  
ou=Conselho de Administração,  
o=Unidade Local de Saúde de  
Lisboa Ocidental EPE, sn=Beato  
Viegas Aldir, givenName=Isabel,  
cn=Isabel Aldir  
Dados: 2026.04.30 18:29:43 +01'00'

(Maria Isabel Beato Viegas Aldir)

A Vogal Executiva do Conselho de Administração

Maria  
Armanda  
Moura

Assinado de forma digital por Maria  
Armanda Moura  
DN: c=PT, title=Vogal Executivo,  
o=Unidade Local de Saúde de  
Lisboa Ocidental EPE, sn=Morato  
Bravo Moura, givenName=Maria  
Armanda, cn=Maria Armanda  
Moura  
Dados: 2026.04.30 18:18:43 +01'00'

(Maria Armanda Morato Bravo Moura)

O Vogal Executivo do Conselho de Administração

Pedro  
Baptista  
Lopes

Assinado de forma digital por Pedro  
Baptista Lopes  
DN: c=PT, title=Vogal Executivo,  
ou=Conselho de Administração,  
o=Unidade Local de Saúde de Lisboa  
Ocidental EPE, sn=Baptista Lopes,  
givenName=Pedro Nuno Miguel,  
cn=Pedro  
Baptista Lopes  
Dados: 2026.04.30 20:13:13 +01'00'

(Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes)

O Diretor Clínico – Área dos Cuidados de Saúde

Assinado por: **MÁRIO JOÃO BAPTISTA NUNES DE  
MOURÃO GAMELAS**  
Hospitalares

Num. de Identificação: 06980573  
Data: 2026.05.04 12:26:53+01'00'



(Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas)

O Diretor Clínico – Área dos Cuidados de Saúde  
Primários

Assinado por: **Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio**  
Num. de Identificação: 13184780  
Data: 2026.05.04 12:57:55+01'00'



(Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio)

## XI. Anexos do RGS

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

À data de elaboração do presente relatório, o Conselho Fiscal ainda não dispunha da versão final do Relatório de Gestão e Contas de 2025, do Relatório do Governo Societário de 2025 e da Certificação Legal de Contas.

Face ao exposto ainda não se encontram reunidas as condições para que o Conselho Fiscal possa emitir o seu Parecer, que se juntará em momento posterior.



2. Demonstração não financeira relativa ao exercício de 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.ºB do CSC<sup>1</sup>.

DEMONSTRAÇÃO NÃO FINANCEIRA

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

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



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



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

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

Lisboa, 02/01/2025

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

*Obs:*  
Cópia Fiscal Único  
Cópia IGF



## DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

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

Lisboa, 02/01/2025

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

*Obs:*  
Cópia Fiscal Único  
Cópia IGF



## DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

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

Lisboa, 02/01/2025

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

*Obs:*  
*Cópia Fiscal Único*  
*Cópia IGF*



## DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

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

Lisboa, 02/01/2025

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

*Obs:*  
*Cópia Fiscal Único*  
*Cópia IGF*



## DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

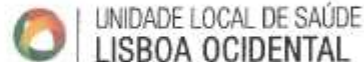
(artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro)

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

Lisboa, 02/01/2025

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

*Obs:*  
*Cópia Fiscal Único*  
*Cópia IGF*



## DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA

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

Eu, Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão, declaro que não intervenho nas decisões que envolvam os meus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por mim realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 02/01/2025

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

*Obs:*  
Cópia Fiscal Único  
Cópia IGF



## DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

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

Eu, Maria Isabel Beato Viegas Aldir, declaro que não detenho qualquer participação patrimonial na empresa, assim como qualquer relação com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 02/01/2025

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

*Obs:*  
Cópia Fiscal Único  
Cópia IGF



## DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

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

Eu, Maria Armanda Morato Bravo Moura, declaro que não detenho qualquer participação patrimonial na empresa, assim como qualquer relação com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 02/01/2025

*Maria Armanda Moura*

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

Obs:  
Cópia Fiscal Único  
Cópia IGF



## DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

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

Eu, Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes, declaro que não detenho qualquer participação patrimonial na empresa, assim como qualquer relação com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 02/01/2025

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

*Obs:*  
*Cópia Fiscal Único*  
*Cópia IGF*



## DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

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

Eu, Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas, declaro que não detenho qualquer participação patrimonial na empresa, assim como qualquer relação com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 02/01/2025

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

*Obs:*  
Cópia Fiscal Único  
Cópia IGF



## DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

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

Eu, Nuno Miguel Avelar Duarte Basilio, declaro que não detenho qualquer participação patrimonial na empresa, assim como qualquer relação com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 02/01/2025

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

*Obs:*  
*Cópia Fiscal Único*  
*Cópia IGF*



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
LISBOA OCIDENTAL

## DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PATRIMONIAL

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

Eu, Ilda Rosa da Costa Tareco Roldão, declaro que não detenho qualquer participação patrimonial na empresa, assim como qualquer relação com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, conforme determina o artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Lisboa, 02/01/2025

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

*Obs:*  
Cópia Fiscal Único  
Cópia IGF



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

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

ATAS

Folha 33

ATA n.º 129 | Reunião Extraordinária

— Pelas dez horas, do dia 30 de abril do ano de dois mil e vinte e seis, na sede social, cita na Estrada do Forte do Alto do Duque, em Lisboa, reuniu o Conselho de Administração da Unidade Local de Lisboa Ocidental, E.P.E., encontrando-se presentes: a Senhora Presidente do Conselho de Administração, Dra. Maria Isabel Beato Viegas Aldir, o Diretor Clínico para a Área dos Cuidados de Saúde Hospitalares, Professor Doutor Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas, o Diretor Clínico para a Área dos Cuidados de Saúde Primários, Dr. Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio, os Vogais Executivos, Dra. Maria Armanda Morato Bravo Moura, e Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes.——  
— A Senhora Presidente do Conselho de Administração, Dra. Maria Isabel Beato Viegas Aldir, declarou aberta a reunião, dando início aos trabalhos pelo despacho dos assuntos constantes da ordem de trabalhos que se transcreve:

1	Apreciação e aprovação do Relatório de Governo Societário da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E. referente ao ano de 2025
2	Apreciação e aprovação do Relatório e Contas da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E. referente ao ano de 2025

**Ponto um** – Foi aprovado o Relatório de Governo Societário da Unidade Local de Lisboa Ocidental, E.P.E., referente ao ano de 2025.-----

**Ponto dois** – De acordo com as disposições legais estatutárias aplicáveis previstas no artigo 71.º, alínea d) dos estatutos publicados no Anexo II ao Decreto-Lei n.º52/2022, de 4 de agosto, o Conselho de Administração da Unidade Local de Lisboa Ocidental, E.P.E., apresentadas as contas do exercício de 2025, propõe a sua aprovação e que o resultado apurado, no montante de 102.969.745,35 euros negativos, seja transferido para resultados transitados.——  
Concluídos os assuntos constantes da ordem de trabalhos, a Senhora Presidente do Conselho de Administração, Dra. Maria Isabel Beato Viegas Aldir, deu a reunião por encerrada eram doze horas. Do que ali foi tratado ou resolvido, lavrou-se a presente ata que vai ser lida e assinada por todos os presentes.-----

Maria Isabel Beato Viegas Aldir

Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas

Nuno Miguel Avelar Duarte Basílio

Maria Armanda Morato Bravo Moura

Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes