



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
LITORAL ALENTEJANO

REGULAMENTO INTERNO

Delibera o Conselho de Administração da ULS do Litoral Alentejano, EPE aprovar o Regulamento Interno, após consulta pública. Enviar para homologação.

Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.

[Signature]
Pedro Ruas
Vogal

Zaida Alves
Diretora Clínica CSP

Catarina Arizmendi Filipe
Presidente

[Signature]
Sousa Costa
Diretor Clínico Hospitalar

Arla Palmeirinha
Enfermeira Diretora

Preâmbulo

A Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E. (adiante designada por ULSLA) constituída pelo Decreto-Lei n.º 238/2012, de 31 de outubro, é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime geral do setor empresarial do Estado e das empresas públicas.

A ULSLA viu o seu primeiro Regulamento Interno, aprovado pelo Conselho de Administração, em 11 de novembro de 2014, tendo o mesmo sido remetido à tutela, nos termos da legislação em vigor, não tendo, até ao presente, obtido a respetiva homologação.

Facto é que, com a publicação do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, diversas são as alterações de políticas em saúde e, nomeadamente, alterações estatutárias, as quais impelem a uma obrigatoriedade de alteração e adaptação do Regulamento Interno da ULSLA à legislação em vigor e às políticas estratégicas internas que se pretendem implementar.

A estratégia delineada pretende promover uma reestruturação em conformidade com os princípios subjacentes ao modelo de Unidade Local de Saúde, nomeadamente ao nível das integrações de cuidados, integrações funcionais e de gestão, assim como potenciar dinâmicas entre estruturas, facilitadoras e catalisadoras para um modelo de governação integrado.

Nesse sentido, o presente Regulamento Interno foi submetido a consulta pública interna e externa, tendo as propostas apresentadas sido consideradas no presente.

Assim após apreciação final pelo Conselho de Administração será Regulamento Interno submetido a homologação do membro do Governo responsável pela área da Saúde, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 1 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/10/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

ÍNDICE

Capítulo I - Disposições Gerais.....	6
Capítulo II - Órgãos	10
Secção I - Órgãos de Administração, de fiscalização e de consulta	10
Subsecção I - Conselho de Administração	10
Subsecção II – Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas.....	13
Subsecção III – Conselho Consultivo.....	14
Subsecção IV – Provedor do Utente	15
Subsecção V -Provedor do Trabalhador.....	16
Secção II – Serviço de Auditoria Interna	16
Secção III– Comissões e Serviços de Apoio Técnico.....	18
Subsecção I- Comissões e Serviços de Apoio Técnico.....	21
Subsecção II - Equipas de Apoio Técnico	29
Secção IV – Pontos Focais.....	42
Capítulo III -Sistema de Controlo Interno e Prevenção da Corrupção	48
Capítulo IV – Organização e Níveis de Gestão	51
Secção I – Estrutura Organizacional.....	51
Secção II– Área de Prestação de Cuidados de Saúde.....	54
Secção III - Área da Saúde Pública	58
Subsecção I - Cargos de Direção e Chefia	59
Secção IV - Área de Apoio à Prestação de Cuidados.....	67
Secção V - Área de apoio à gestão e logística	74
Subsecção I - Cargos de Direção e Chefia	90
Capítulo V – Contratualização.....	92
Capítulo VI - Gestão de Recursos.....	93
Secção I – Financeiro e Patrimonial	93
Secção II- Dos trabalhadores	94
Capítulo VII – Garantias	96
Capítulo VIII - Articulação e Colaboração Institucional	99
Capítulo IX - Disposições Finais	99
Anexos - Organograma	101

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 2 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	
Próxima Revisão: até 3 anos após homologação					

Siglas e Acrónimos

CA	Conselho de Administração
ACSS, IP	Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público.
AGI	Área de Gestão Integrada
AGIABO	Área de Gestão Integrada de Anestesiologia e Bloco Operatório
ANAC	Autoridade Nacional para a Aviação Civil
CAC	Centro Académico Clínico
CAEMC	Comissão de Avaliação de Equipamentos e Material de Consumo
CAICE	Comissão de Abates do Imobilizado Corpóreo e das Existências
CCA	Conselho Coordenador de Avaliação
CCO	Comissão de Coordenação Oncológica
CDP/CRC	Centro de Diagnóstico Pneumológico/Consulta Respiratória na Comunidade
CE	Comissão de Ética
CEC	Comissão de Catástrofe e Emergência e Catástrofe
CF	Comissão de Feridas
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CH	Comissão de Humanização
CHD	Coordenação Hospitalar de Doação
CHST	Comissão de Higiene e Segurança no Trabalho
CIC	Comissão para Igualdade e Conciliação
CICS	Comissão de Integração de Cuidados de Saúde
CLIC	Comissão Local de Informatização Clínica
CM	Comissão Médica
CPVCV	Coordenação para a Prevenção da Violência no Ciclo de Vida
CQS	Comissão da Qualidade e Segurança
CR	Centro de Referência
CRI	Centro de Responsabilidade Integrada
CSH	Cuidados de Saúde Hospitalares
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CT	Comissão Transfusional
CTCIG	Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez
CTTSDT	Conselho Técnico dos Técnicos Superiores das áreas de Diagnóstico e Terapêutica
DADT	Departamento Ambulatório, de Diagnóstico e Terapêutica
DEC	Departamento de Especialidades Cirúrgicas
DEM	Departamento de Especialidades Médicas
DSFC	Departamento de Saúde Familiar e Comunitária
DSPP	Departamento de Saúde Pública e das populações
DUE	Departamento de Urgência e Emergência
EAGI	Equipa de apoio à gestão ao internamento
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 3 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

ECL	Equipa Coordenadora Local
ECSCP	Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
EEMHI	Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar
EGA	Equipa de Gestão de Altas
EIHSCP	Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
EPD	Encarregado de Proteção de Dados
EPVA	Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos
GACC	Gabinete de Auditoria e Codificação Clínica
GBD	Gabinete de Biblioteca e Documentação
GC	Gabinete do Cidadão
GCCT	Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação
GCI	Gabinete de Comunicação e Imagem
GGDRP	Gabinete de Gestão Documental e Reengenharia de Processos
GJ	Gabinete Jurídico
GOIPAPVSS	Grupo Operativo Institucional
GOL	Grupo Operativo Local
GOIPAPVSS	Grupo Operativo Institucional do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde
GQSDGR	Gabinete da Qualidade, Segurança do Doente e Gestão do Risco
GS	Gabinete de Secretariado
HLA	Hospital do Litoral Alentejano
JMAI	Junta médica de avaliação de incapacidade
MCD	Meios Complementares de Diagnóstico
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MCT	Meios Complementares de Terapêutica
MENAC	Mecanismo Nacional Anticorrupção
NACJR	Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NHACJR	Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
RAI	Responsável de Acesso à Informação
RCN	Responsável pelo Cumprimento Normativo
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAI	Serviço de Auditoria Interna
SEC	Serviço de Esterilização Centralizado
SF	Serviços Farmacêuticos
SFII	Serviço de Formação, Investigação e Inovação
SGCAL	Serviço de Gestão de Compras, Aprovisionamento e Logística
SGD	Serviço de Gestão de Doentes
SGFP	Serviço de Gestão Financeira e Patrimonial
SGHST	Serviço de Gestão Hoteleira, Segurança e Transportes
SGIE	Serviço de Gestão de Instalações e Equipamentos
SGP	Serviço de Gestão de Pessoas
SGSIT	Serviço de Gestão de Sistemas de Informação e Tecnologias
SIESP	Serviço de Investigação, Epidemiologia e de Saúde Pública
SIGA	Sistema Integrado de Gestão do Acesso

Controlo – Versões / Revisões

Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
		Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
		Homologação	Ministério da Saúde	

Página 4 de 102

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

SIV	Suporte Imediato de Vida
SLSM	Serviço Local de Saúde Mental
SND	Serviço de Nutrição e Dietética
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPCCG	Serviço de Planeamento, Contraturalização e Controlo de Gestão
SPCS	Serviço de Psicologia Clínica e da Saúde
SS	Serviço Social
SSO	Serviço de Saúde Oral
SSST	Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho
SUB	Serviço de Urgência Básica
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
TSDT	Técnico Superior das áreas de Diagnóstico e Terapêutica
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCFD	Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UL PPCIRA	Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
ULGA	Unidade Local de Gestão do Acesso
ULSLA, EPE	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Entidade Pública Empresarial
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Nota:

No âmbito do presente Regulamento podem ser utilizadas outras siglas para algumas estruturas cujo nome seja demasiado extenso ou exista tradição legal ou normativa no seu uso no âmbito do SNS, sendo que nesse caso se encontram referenciadas no próprio documento.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 5 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	
Próxima Revisão: até 3 anos após homologação					

Capítulo I- Disposições Gerais

Artigo 1º

Objeto

1. O presente Regulamento Interno, adiante designado de Regulamento, estabelece os princípios de gestão e de funcionamento da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano E.P.E. adiante designada por ULSLA, e define a Missão, a Visão, os Princípios e os Valores que orientam a sua atividade.
2. O Regulamento define a estrutura orgânica e funcional da ULSLA, com as respetivas atribuições por unidade orgânica, bem como as competências e responsabilidades do órgão de gestão e demais cargos/funções.

Artigo 2º

Natureza jurídica, Constituição e Sede

1. A ULSLA é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, integrada na administração indireta do Estado, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Regime Jurídico do Setor Empresarial do Estado e das Empresas Públicas e dos Estatutos do SNS, aprovado pelo Decreto-lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, atualizado pela Lei n.º 82/2023, de 29 de dezembro, adiante designados por Estatutos.
2. A ULSLA foi criada pelo Decreto-Lei n.º 238/2012, de 31 de outubro, tendo na sua composição o Hospital do Litoral Alentejano e o Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral.
3. A ULSLA tem sede no Monte do Gilbardinho, em Santiago do Cacém e possui o número individual de pessoa coletiva 510 445 152.

Artigo 3º

Missão e Atribuições

1. A ULSLA tem por Missão a promoção da saúde centrada nas necessidades de saúde cada vez mais complexas, e nas preferências das pessoas, famílias e comunidades, abordando os determinantes da saúde mais abrangentes.
2. Tem igualmente como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários e assegurar os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde, bem como a intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 6 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

3. A ULSLA tem como atribuição principal a prestação de cuidados de saúde, integrada no Serviço Nacional de Saúde, tendo também por objeto desenvolver atividades de formação, pré e pós-graduada, e investigação.
4. A ULSLA tem também responsabilidade no âmbito da promoção da saúde, na prevenção da doença, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, investindo na literacia em saúde.

Artigo 4º

Visão

A Visão da ULSLA consiste em ter uma imagem de excelência na área da saúde, no respeito pelo primado da complementaridade, em todos os níveis de cuidados de saúde, procurando intervir ao longo de todo o ciclo de vida e tão perto quanto possível do ambiente diário de cada pessoa cuidada, criando um forte sentido de vinculação e confiança entre colaboradores e utentes.

Artigo 5º

Princípios

No desenvolvimento da sua missão e atribuições, a ULSLA rege-se pelos seguintes princípios, estabelecidos no Estatuto do SNS:

- a) Funcionamento em rede e promoção da articulação funcional da prestação de cuidados de saúde hospitalares com a prestação de cuidados de saúde primários, de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos, sob a coordenação da Direção Executiva do SNS;
- b) Garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, mediante a utilização eficiente dos recursos que lhe são afetos, privilegiando a hospitalização domiciliária e os cuidados de ambulatório, sempre que se demonstre tecnicamente adequada;
- c) Realização das suas atividades de acordo com os instrumentos de gestão previsional, nomeadamente Contrato Programa, Plano Desenvolvimento Organizacional, anuais e plurianuais, e com o cumprimento dos objetivos de política de saúde definida pelo Governo, através da área governativa da saúde;
- d) Financiamento das suas atividades e resultados através de mecanismos de contratualização com o Estado;
- e) Adesão a uma gestão partilhada de recursos no âmbito do SNS e a mecanismos de compras conjuntas;

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 7 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- f) Garantia de livre escolha do utente em relação à unidade do SNS onde pretende ter resposta, independentemente do seu local de inscrição e de residência.

Artigo 6º

Valores

No desenvolvimento da sua atividade, a ULSLA e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes valores:

- a) Prossecução do interesse público;
- b) Humanização e profissionalismo;
- c) Competência e responsabilidade;
- d) Observância de padrões de ética e responsabilidade social;
- e) Integridade, colaboração e boa-fé;
- f) Equidade no acesso e na prestação de cuidados;
- g) Promoção da Instituição;
- h) Cultura e promoção da qualidade, boas práticas, da excelência na intervenção técnica;
- i) Centralidade no utente/família;
- j) Promoção da justiça, igualdade e não discriminação;
- k) Isenção e imparcialidade;
- l) Solidariedade;
- m) Promoção para a conciliação entre a vida profissional e, familiar e pessoal;
- n) Eficiência e sustentabilidade na utilização de recursos;
- o) Conservação do património e proteção do meio ambiente;
- p) Verdade e transparência.

Artigo 7º

Área de Influência

1. A ULSLA é uma unidade integrada na rede de prestação pública de cuidados de saúde à população da NUTS III – Alentejo Litoral que engloba os concelhos de Alcácer do Sal, Grândola, Odemira, Santiago do Cacém e Sines.
2. A ULSLA encontra-se adstrita à área referida no número anterior, no contexto do SNS, sem prejuízo da liberdade de escolha das unidades de saúde previstas na lei ou da organização específica aprovada no âmbito das redes de referência.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 8 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 8º

Legislação aplicável

A ULSLA rege-se pelo presente Regulamento Interno e pela seguinte legislação:

- a) Regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais;
- b) Estatutos das ULS, EPE;
- c) Normas em vigor no âmbito do Serviço Nacional de Saúde;
- d) Normas aplicáveis aos centros de responsabilidade integrados;
- e) Normas aplicáveis aos centros de referência;
- f) Normas aplicáveis aos centros académicos clínicos;
- g) Todas as normas em vigor referentes à administração pública e aos trabalhadores que não contrariem o diploma a que se refere a alínea c), nomeadamente no que diz respeito a recursos humanos, financeiros, aquisição de bens e serviços e contratação de empreitadas.

Artigo 9º

Formas inovadoras de Gestão

1. A gestão de recursos da ULSLA segue um modelo empresarial, orientando-se para a prestação de cuidados de saúde com qualidade e segurança, ao serviço dos utentes, potenciando o desenvolvimento e o mérito dos profissionais, procurando a melhor eficiência técnica, social e ambiental, e assente na utilização de normativos, manuais escritos de procedimentos e protocolos de atuação em prol da transparência, da qualidade e da segurança.
2. A ULSLA assegura a prestação de cuidados de saúde e as demais atividades complementares através de meios próprios ou de terceiras entidades, estabelecendo para o efeito e no quadro legal em vigor, metodologias de contratualização interna e externa, seja de recursos seja de objetivos assistenciais, que melhor correspondam à concretização do seu objeto social.

Artigo 10º

Instrumentos de Gestão

1. Independentemente dos outros instrumentos legais de gestão, previsional e de monitorização, consideram-se instrumentos básicos de gestão da ULSLA:
 - a) Regulamento interno;
 - b) Plano de Desenvolvimento Organizacional;

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 9 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- c) Relatório de Gestão e Contas
2. Os instrumentos de gestão utilizados pelos serviços assentam sobretudo no Plano de Desenvolvimento Organizacional e no Relatório de Atividades, devendo estes e outros que venham a ser definidos, ser objeto de regulamentação em procedimentos autónomos, particularmente na definição de conteúdos, prazos de apresentação, periodicidade de monitorização, definição de responsabilidades e suportes de formalização.

Capítulo II- Órgãos

Secção I- Órgãos de Administração, de fiscalização e de consulta

Artigo 11º

Órgãos de administração, de fiscalização e de consulta

1. São órgãos de administração, de fiscalização e de consulta da ULSLA, de acordo com o estipulado no Estatuto do SNS:
- a) Conselho de Administração;
 - b) Conselho Fiscal e Fiscal Único;
 - c) Conselho Consultivo;
2. Consideram-se estruturas equiparadas:
- a) Provedor do Utente;
 - b) Provedor do Trabalhador.

Subsecção I- Conselho de Administração

Artigo 12º

Composição, mandato, competências, vinculação e dissolução

1. O Conselho de Administração é composto pelo presidente e um máximo de 5 vogais, que exercem funções executivas, incluindo um Diretor Clínico para a área dos Cuidados de Saúde Primários e outro para a área dos Cuidados Hospitalares, um Enfermeiro Diretor, um Vogal Financeiro e um Vogal proposto pela Comunidade Intermunicipal do Alentejo Litoral.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 10 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

2. O mandato dos membros do Conselho de Administração tem a duração de três anos, renovável, até ao limite máximo de três renovações consecutivas, permanecendo os mesmos em exercício de funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo de eventual renúncia.
3. As competências do Conselho de Administração são as definidas no Estatuto do SNS e demais legislação subsidiária.
4. No âmbito das suas competências cabe, ainda, ao Conselho de Administração assegurar a implementação e manutenção de um sistema de controlo interno, bem como adotar e implementar o programa de cumprimento normativo previsto no Regime Geral da Prevenção da Corrupção (RGPC), sem prejuízo da competência conferida por lei a outros órgãos, dirigentes ou trabalhadores.
5. As competências do presidente do Conselho de Administração são as definidas nos Estatutos das Unidades Locais de Saúde, constantes do capítulo IV do Estatuto do SNS, de ora em diante designados “Estatutos”, bem como as que lhe sejam delegadas ou subdelegadas pelo Conselho de Administração.
6. As competências do Diretor Clínico para a área dos Cuidados de Saúde Hospitalares constam dos Estatutos, podendo este, no exercício das suas funções, ser coadjuvado por adjuntos, até ao limite de cinco, nomeados pelo Conselho de Administração, sob sua proposta.
7. As competências do Diretor Clínico para a área dos Cuidados de Saúde Primários constam dos Estatutos, podendo este, no exercício das suas funções, ser coadjuvado por adjuntos, até ao limite de cinco, nomeados pelo Conselho de Administração, sob sua proposta.
8. As competências do Enfermeiro Diretor são as constantes dos Estatutos, podendo este, no exercício das suas funções, ser coadjuvado por adjuntos, até ao limite de cinco, nomeados pelo Conselho de Administração, sob sua proposta.
9. O presidente do Conselho de Administração e os demais vogais executivos podem ser coadjuvados nas suas funções por assessores para tal designados, em número não superior a três por cada membro.
10. Aos adjuntos dos membros do Conselho de Administração pode ser atribuído um suplemento remuneratório definido em sede de Regulamento de Atribuição de Suplementos Remuneratórios.
11. O Conselho de Administração e os seus membros podem delegar ou subdelegar as suas competências nos termos e limites previstos na lei e nos Estatutos.
12. Aos membros do Conselho de Administração é aplicável, com as necessárias adaptações, o Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual, sem prejuízo do disposto no presente decreto-lei.
13. Para além das situações previstas no n.º 1, do artigo 24.º, do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual, o Conselho de Administração pode ser

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
			Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
Página 11 de 102	3.0	1	Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

dissolvido em caso de grave deterioração da qualidade dos serviços prestados, quando não for provocada por razões alheias ao exercício das funções dos gestores.

14. Os membros do CA devem, nos sessenta dias posteriores à sua tomada de posse, depositar na Procuradoria-Geral da República, uma declaração de inexistência de incompatibilidades ou impedimentos, da qual conste a enumeração de todos os cargos, funções e atividades profissionais exercidos pelo declarante, bem como de quaisquer participações iniciais detidas pelo mesmo.
15. A ULSLA obriga-se pela assinatura, com indicação da qualidade, de dois membros do Conselho de Administração ou de quem, nos termos legais, esteja legitimado para o efeito.

Artigo 13º

Funcionamento

1. O Conselho de Administração reúne ordinariamente uma vez por semana, em dia fixado pelo seu Presidente, tendo por ordem de trabalhos a apreciação dos assuntos pendentes, e, extraordinariamente, sempre que seja convocado pelo Presidente, por iniciativa própria ou mediante solicitação escrita de dois dos seus membros ou do órgão de fiscalização, com indicação da respetiva ordem de trabalhos.
2. A convocatória das reuniões extraordinárias deverá prever a sua realização num dos dez dias úteis seguintes à data do respetivo pedido, mas sempre com uma antecedência mínima de 48 horas relativamente à data da reunião.
3. Caso se verifique qualquer impedimento que obste à realização da reunião, o mesmo é comunicado aos membros do Conselho de Administração, fixando-se nova data.
4. O Conselho de Administração não pode deliberar sem a presença da maioria dos seus membros e estes ficam impedidos de participar da discussão e votação de assuntos em relação aos quais possa existir conflito de interesses, apresentando declaração justificativa que constará em ata.
5. Os membros do Conselho de Administração comunicarão ao Presidente, no prazo de 48 horas que antecedem a reunião, os pontos que pretendem ver apreciados, cabendo ao Presidente corrigir e seleccionar os que devem constar da ordem de trabalhos, promovendo o secretariado a distribuição da mesma pelos membros do Conselho, com um mínimo de 24 horas de antecedência relativamente à sua realização.
6. As deliberações do Conselho de Administração são tomadas por maioria absoluta dos votos dos membros presentes, sendo exaradas em ata, que referenciará os documentos a que reportam.
7. Nas votações não há abstenções, podendo ser proferidas declarações de voto.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 12 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

8. O Presidente do Conselho de Administração tem voto de qualidade em caso de empate na votação.
9. Compete ao Secretariado do Conselho de Administração elaboração da ata da reunião, a qual contém o resumo exato de todos os assuntos apreciados, a transcrição integral das deliberações exaradas sobre os documentos analisados e as declarações de voto, bem como a data, o local, os membros presentes e as justificações de faltas pelos ausentes.
10. Na reunião seguinte do Conselho é lida a ata da reunião anterior, para aprovação e subscrição por todos os membros que nela estiveram presentes.
11. Os profissionais da ULSLA têm acesso às atas referidas nos pontos anteriores sempre que solicitadas.

Subsecção II – Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas

Artigo 14º

Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas

1. Na ULSLA a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial é exercida por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas ou por uma Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, que não seja membro daquele órgão, escolhido obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários, de acordo com o previsto no artigo 413.º do Código das Sociedades Comerciais.
2. O conselho fiscal é constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o presidente do órgão.
3. Os membros do Conselho Fiscal são nomeados por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, por um período de três anos, renovável por uma única vez.
4. O Revisor Oficial de Contas é nomeado por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, por um período de três anos, renovável por uma única vez, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal.
5. A remuneração do Conselho Fiscal é fixada por despacho, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação do estabelecimento de saúde, E. P. E., fixados na resolução do Conselho de Ministros a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 13 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

6. O Conselho Fiscal e o Revisor Oficial de Contas têm as competências, os poderes e os deveres estabelecidos na lei e no Estatuto do SNS.

Subsecção III – Conselho Consultivo

Artigo 15º

Conselho Consultivo

1. O Conselho Consultivo é o órgão de consulta, apoio e participação na definição das linhas gerais de atuação da ULSLA, com vista ao melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis.
2. O Conselho Consultivo tem a seguinte composição:
 - a) Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pela Comunidade Intermunicipal;
 - b) Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pelo membro do Governo responsável pela área da saúde;
 - c) Um representante dos utentes, designado pela respetiva associação ou por equivalente estrutura de representação;
 - d) Um representante eleito pelos trabalhadores e pelas trabalhadoras da ULSLA;
 - e) Um representante dos prestadores e das prestadoras de trabalho voluntário na ULSLA, por estes eleitos, quando existam;
 - f) Dois elementos, escolhidos pelo Conselho de Administração da ULSLA;
 - g) Um representante do Centro Distrital de Segurança Social da área de abrangência da ULSLA, designado pelo Conselho Diretivo do Instituto de Segurança Social, I.P.;
 - h) Um representante das instituições particulares de solidariedade social, designado, anualmente, pelo órgão executivo de associação representativa das mesmas, em regime de rotatividade;
 - i) Um representante dos agrupamentos de escolas ou escolas não agrupadas, designado pelo Delegado Regional de Educação territorialmente competente;
 - j) Um representante das comissões de proteção de crianças e jovens da área territorial da competência da ULSLA a eleger pelos pares.
3. Compete ao presidente do Conselho Consultivo promover a designação dos respetivos membros.
4. Os membros do Conselho de Administração e do órgão de fiscalização têm assento no Conselho Consultivo, sem direito de voto.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 14 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

5. O mandato dos membros do Conselho Consultivo tem a duração de três anos, sem prejuízo da possibilidade da sua substituição, a todo o tempo, pelas entidades que os designaram ou elegeram.
6. O exercício do cargo de membro do Conselho Consultivo não é remunerado, sendo as ajudas de custo a que houver lugar suportadas pelos organismos públicos que designaram os seus representantes e, nos restantes casos, suportadas pela ULSLA.
7. Compete ao Conselho Consultivo:
 - a) Apreciar os planos de atividade de natureza anual e plurianual;
 - b) Apreciar todas as informações que tiver por necessárias para o acompanhamento da atividade da ULSLA;
 - c) Emitir recomendações, tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, mediante os recursos disponíveis;
 - d) Propor o desenvolvimento de estratégias de intervenção conjuntas e concertadas, entre a ULSLA e outros parceiros locais e comunitários com responsabilidade no âmbito da saúde;
 - e) Analisar os fatores sociais preponderantes que influenciam o estado de saúde da população e propor ações de intervenção junto da comunidade, concertadas com outras organizações locais.
8. O Conselho Consultivo reúne, pelo menos, uma vez por trimestre e as suas deliberações são tomadas por maioria simples e constam de ata, tendo o presidente voto de qualidade.
9. As reuniões são convocadas pelo presidente com a antecedência mínima de cinco dias úteis, devendo ser indicados na convocatória a data, a hora e o local em que se realizam, bem como a respetiva ordem de trabalhos.
10. As demais regras de funcionamento do Conselho Consultivo são definidas em regulamento próprio, o qual deve incluir a previsão da substituição dos seus membros em situações de falta ou impedimento.

Subsecção IV – Provedor do Utente

Artigo 16º

Provedor do Utente

1. O Provedor do Utente é uma figura independente da hierarquia da ULSLA que, de forma graciosa aceita, na estrita defesa do interesse público, ouvir, dar parecer e propor iniciativas sobre a prestação de

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 15 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- cuidados, no quadro dos direitos e deveres dos utentes do SNS e dos Valores e Princípios que norteiam a ULSLA.
2. O Provedor do Utente é nomeado pelo Conselho de Administração, de entre personalidades de reconhecido mérito pessoal e profissional, externo à ULSLA.
 3. Os utentes poderão dirigir-se ao provedor do utente expressando os seus contributos para a melhoria da qualidade deste Serviço de saúde.

Subsecção V-Provedor do Trabalhador

Artigo 17º

Provedor do Trabalhador

1. O Provedor do Trabalhador é uma figura independente da hierarquia da ULSLA que, de forma graciosa aceita, na estrita defesa do interesse público, ouvir, dar parecer e propor iniciativas visando a melhoria das condições de trabalho, promoção do bem-estar e a conciliação da vida familiar, pessoal e profissional.
2. O Provedor do Trabalhador é eleito de entre os trabalhadores da ULSLA.
3. Os trabalhadores da ULSLA podem dirigir-se ao provedor de forma a dar os seus contributos para a melhoria contínua da ULSLA em todas as suas dimensões.

Secção II – Serviço de Auditoria Interna

Artigo 18º

Serviço de Auditoria Interna

1. O Serviço de Auditoria Interna rege-se sobretudo nos termos descritos no artigo 86.º do Estatuto do SNS e de acordo com as normas internacionais para a prática profissional de auditoria interna e gestão de riscos.
2. Ao Serviço de Auditoria Interna compete a realização de auditorias internas, a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.
3. Ao Serviço de Auditoria Interna compete, em especial:

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 16 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- a) Fornecer ao Conselho de Administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos departamentos, serviços, unidades funcionais autónomas e unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários;
 - b) Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da ULSLA, apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;
 - c) Elaborar o plano anual de auditoria interna;
 - d) Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar;
 - e) Elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios intercalares e anuais de execução, nos termos descritos no RGPC e pelo Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC);
 - f) Proceder aos reportes obrigatórios ao Grupo coordenador do Sistema de Controlo Interno Integrado do Ministério da Saúde (GCCl);
 - g) Proceder ao acompanhamento das auditorias externas, nas áreas afetas do serviço de auditoria interna, nos termos do n.º 2 do presente artigo.
4. O Serviço de Auditoria Interna depende, em termos orgânicos, do presidente do Conselho de Administração.
5. A direção do Serviço de Auditoria Interna compete a um auditor interno, que exerce as respetivas funções pelo período de três anos, renovável por iguais períodos, até ao limite máximo de três renovações e que é apoiado tecnicamente nas suas funções por um máximo de três técnicos auditores.
6. O auditor interno é recrutado pelo Conselho de Administração, de entre profissionais que reúnam os seguintes requisitos:
- a) Qualificação técnica, competências e experiência em auditoria;
 - b) Inscrição no organismo nacional que regule a atividade de auditoria interna.
7. Os técnicos que integrem o serviço de auditoria interna devem possuir formação superior, adequada ao exercício das suas funções.
8. Não pode ser recrutado como auditor interno ou técnico do serviço de auditoria interna quem tenha exercido funções de administração no próprio estabelecimento de saúde, nos últimos três anos, ou em relação ao qual se verifiquem outras incompatibilidades e impedimentos previstos na lei, sendo

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 17 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto no artigo 414.º-A do Código das Sociedades Comerciais.
9. O auditor interno exerce as respetivas funções a tempo inteiro, de acordo com as normas internacionais para a prática profissional de auditoria interna e gestão de riscos.
 10. O Conselho de Administração comunica à ACSS, I. P., à Direção-Geral do Tesouro e Finanças, à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e à Inspeção-Geral de Finanças (IGF) a identidade do auditor interno e as datas de início e termo de funções.
 11. No âmbito da sua atividade, o serviço de auditoria interna colabora com a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
 12. No sentido de obter informação adequada e que se mostre essencial para o desenvolvimento das suas competências, o serviço de auditoria interna pode aceder, nos termos e limites definidos na lei, e em articulação com o encarregado de proteção de dados, a registos, documentação, instalações e equipamentos, com exceção dos registos clínicos individuais dos utentes, com vista a obter informação adequada para o desenvolvimento das suas competências, estando os profissionais do serviço de auditoria interna sujeitos a deveres acrescidos, em especial de sigilo, no que respeita ao uso da informação a que tenham acesso.
 13. A Direção do Serviço de Auditoria Interna compete a um auditor interno, recrutado nos termos da lei, que exerce as respetivas funções, em regime de comissão de serviço, pelo período de três anos, renovável por iguais períodos, até ao limite máximo de três renovações consecutivas ou interpoladas e que é apoiado tecnicamente nas suas funções por um máximo de três técnicos auditores.

Secção III– Comissões e Serviços de Apoio Técnico

Artigo 19º

Natureza, enumeração, composição mandato e funcionamento

1. As Comissões e Serviços de Apoio Técnico são órgãos de carácter predominantemente consultivo que têm por função colaborar com o Conselho de Administração, por sua iniciativa ou a pedido deste em matérias da sua competência, independentemente de outras atribuições que lhe sejam afetas por legislação específica ou normativos a serem descritos em regulamento interno ou por deliberação do Conselho de Administração, no âmbito da aprovação de procedimentos internos.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 18 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

2. Para atuação em matérias especializadas de interesse comum, a ULSLA constitui nos termos artigo 88º dos Estatutos as seguintes Comissões e Serviços de Apoio Técnico:
- a) Comissão de Ética;
 - b) Comissão de Qualidade e Segurança;
 - c) Comissão de Farmácia e Terapêutica;
 - d) Comissão de Integração de Cuidados de Saúde;
 - e) Comissão de Humanização;
 - f) Comissão Transfusional;
 - g) Comissão de Coordenação Oncológica;
 - h) Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez
 - i) Comissão de Feridas;
 - j) Coordenação Hospitalar de Doação;
 - k) Comissão de Emergência e Catástrofe;
 - l) Comissões de Avaliação do Desempenho;
 - m) Comissão Local de Informatização Clínica.
3. A ULSLA constitui as seguintes Equipas de Apoio Técnico enquadradas no âmbito do Artigo 88º, n.ºs 2 e 3 dos Estatutos:
- a) Comissão Médica;
 - b) Direção de Enfermagem;
 - c) Direções de Internatos Médicos;
 - d) Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica;
 - e) Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência Antimicrobianos;
 - f) Comissão de Proteção e Segurança Radiológica;
 - g) Comissão de Higiene e Segurança no Trabalho;
 - h) Comissão da Igualdade e Conciliação entre a vida profissional, familiar e pessoal;
 - i) Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes;
 - j) Comissão de Promoção de Aleitamento Materno;
 - k) Comissão de Coordenação para a Prevenção da Violência no Ciclo de Vida;
 - l) Equipa de apoio à gestão ao internamento;
 - m) Equipa de Gestão de Altas;

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 19 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- n) Equipa Coordenadora Local da RNCCI;
 - o) Núcleo de Resposta da Saúde Mental a Acidentes Graves ou Catástrofes;
 - p) Comissão de Avaliação de Equipamentos e Material de Consumo
 - q) Comissão para os Abates do Imobilizado Corpóreo e Existências.
4. Sem prejuízo do disposto no número anterior, o Conselho de Administração pode criar outras comissões ou equipas de apoio técnico, permanentes ou temporárias, que, nos termos da lei, da atividade da ULSLA e da *legis artis* se justifiquem, devendo a sua estrutura, composição e funcionamento constar de regulamento interno, bem como deliberar pela revisão e extinção das já existentes.
 5. Salvo disposição legal ou estatutária em contrário, compete ao Conselho de Administração a designação dos membros das Comissões e/ou Equipas de Apoio Técnico e designação do presidente e/ou coordenadores e seus membros.
 6. Salvo disposição da lei em contrário, os mandatos das Comissões e/ou Equipas de Apoio Técnico têm a mesma duração do mandato dos membros do Conselho de Administração podendo, a todo o tempo, haver lugar à sua recomposição, ficando expresso em deliberação.
 7. Não obstante o disposto no número anterior, as Comissões e Equipas de Apoio Técnico manter-se-ão plenamente em funções enquanto os seus membros não forem reconduzidos ou nomeados os novos membros, por deliberação do Conselho de Administração.
 8. Consoante a natureza da atividade a desenvolver, os membros das comissões e/ou equipas de apoio técnico desempenham funções nos serviços a que se encontra, afetos, dispondo de horário adequado atribuído pelo Conselho de Administração em função da especificidade e intensidade das responsabilidades que lhes estão cometidas.
 9. O funcionamento das Comissões e/ou Equipas de apoio Técnico é definido em regulamento próprio a aprovar pelo Conselho de Administração até 90 dias após a sua nomeação, devendo ser fixado naquele documento a redação de atas com as respetivas decisões e definida a periodicidade das suas reuniões.
 10. As Comissões e/ou Equipas de Apoio Técnico deverão elaborar e submeter ao Conselho de Administração, até 15 de outubro de cada ano civil, o Programa de Atividades para o ano seguinte, e até ao final do mês de fevereiro, o Relatório de Atividades do ano precedente.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 20 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Subsecção I- Comissões e Serviços de Apoio Técnico

Artigo 20º

Comissão de Ética

1. A Comissão de Ética, adiante designada por CE, é um órgão de natureza consultiva, regulada pelo Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de outubro, constituído por uma equipa multidisciplinar, e que tem por missão zelar pela observância de padrões de ética no exercício das ciências da saúde na ULSLA, de modo a proteger e garantir o respeito pela dignidade e integridade humanas, promovendo a reflexão sobre questões de natureza ética, em função do melhor interesse do utente e dos profissionais.
2. A Comissão de Ética rege-se pelo respetivo Regulamento, homologado pelo Conselho de Administração, e de acordo com a legislação em vigor.
3. A constituição, o mandato, as competências, o âmbito de atuação e o funcionamento da Comissão de Ética obedecem ao estabelecido na legislação em vigor.
4. A CE deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 21º

Comissão da Qualidade e Segurança

1. A Comissão da Qualidade e Segurança adiante designada por CQS, regulada pelo Despacho n.º 3635/2013, é um órgão de apoio técnico de carácter consultivo, constituída por uma equipa multidisciplinar que tem por missão promover, suportar e coordenar o processo e atividades de melhoria contínua da qualidade assistencial, segurança do doente e satisfação dos profissionais.
2. A constituição, o mandato, as competências, o âmbito de atuação e o funcionamento da CQS e obedecem ao estabelecido na legislação em vigor.
3. A CQS deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 21 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 22º

Comissão de Farmácia e Terapêutica

1. A Comissão de Farmácia e Terapêutica, adiante designada por CFT, tem por missão propor as orientações terapêuticas e a utilização mais eficiente dos medicamentos no âmbito da política do medicamento, apoiadas em bases sólidas de farmacologia clínica e evidencia da economia da saúde sobre custo efetividade, monitorizando a prescrição de medicamentos, a sua utilização e garantindo a todos os utentes a equidade no acesso à terapêutica, nos termos de regulamento próprio e do disposto na legislação em vigor.
2. A constituição, o mandato, as competências, o âmbito de atuação e o funcionamento da CFT obedecem ao estabelecido na legislação em vigor.
3. A CFT deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 23º

Comissão de Integração de Cuidados de Saúde

1. A Comissão de Integração de Cuidados de Saúde, adiante designada de CICS, constitui uma unidade multidisciplinar, dirigida pelos Diretores Clínicos e Enfermeiro Diretor.
2. Compete à CICS zelar pela integração funcional e sistémica na ULSLA, garantindo que a mesma se processa a nível clínico, promovendo a coordenação, comunicação e cooperação dos diferentes níveis organizacionais, na concretização da missão da ULSLA.
3. A CICS é composta por um Presidente e um máximo de dez elementos, todos profissionais de saúde sendo pelo menos:
 - a) Um médico da especialidade de Saúde Pública;
 - b) Um médico da especialidade de Medicina Geral e Familiar;
 - c) Um médico de uma especialidade Hospitalar da área médica;
 - d) Um médico de uma especialidade Hospitalar da área cirúrgica;
 - e) Um enfermeiro da área dos Cuidados de Saúde Hospitalares;
 - f) Um enfermeiro da área dos Cuidados de Saúde Primários;
 - g) Um técnico superior de diagnóstico e terapêutica;
 - h) Um técnico superior ou técnico superior de saúde, da área de prestação de cuidados

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 22 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2014
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2014
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

4. A CICS promove a organização da prestação de cuidados numa perspetiva compreensiva, integrada, contínua e sustentável, baseada nos seguintes objetivos/atribuições:
 - a) Definição das melhores práticas que promovam a centralidade dos cuidados no utente/doente;
 - b) Redefinição de processos assistenciais integrados, na ótica da otimização dos recursos;
 - c) Desenho de fluxos que potenciem uma atividade multiprofissional concertada, otimizada, promovendo a gestão do risco clínico e a segurança do utente;
 - d) Adequação das tecnologias de informação à prestação de cuidados, favorecendo e simplificando os registos e o fluxo de gestão do percurso do utente;
 - e) Promover a melhor articulação entre chefias clínicas, gestores/coordenadores e restantes profissionais, de forma a obter um equilíbrio entre a qualidade dos cuidados e os respetivos recursos disponíveis;
 - f) Planeamento integrado da atividade assistencial de toda a ULSLA.
5. A Comissão poderá, sempre que necessário, agregar os elementos considerados indispensáveis à sua intervenção.
6. A CICS, deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 24º

Comissão de Humanização

1. A Comissão de Humanização, adiante designada por CH, é um órgão de apoio técnico ao Conselho de Administração, no âmbito da humanização, tendo por missão dinamizar, apoiar e coordenar o processo e atividades de humanização na ULSLA, respeitando o Plano de Ação da Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde do SNS.
2. A Comissão de Humanização é constituída por profissionais de várias áreas, incluindo um elemento representativo do Voluntariado, até ao limite de seis, nomeados pelo Conselho de Administração, tendo como propósito a promoção da humanização dos serviços da ULSLA.
3. A Comissão de Humanização é presidida pelo Enfermeiro Diretor e é constituída por uma equipa multidisciplinar, integrando obrigatoriamente elementos com formação em Ciências Sociais e Humanas, entre outros que o Conselho de Administração entenda por conveniente.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 23 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

4. Compete, nomeadamente, à Comissão de Humanização:
 - a) Colaborar com o Conselho de Administração na definição dos objetivos estratégicos de humanização da ULSLA;
 - b) Desenvolver atividades junto dos colaboradores e apoiar os serviços que desenvolvam projetos específicos de humanização;
 - c) Apelar ao respeito por valores humanos, nomeadamente os princípios da dignidade, compreensão e empatia;
 - d) Apelar ao bom relacionamento interpessoal e interprofissional, ao trabalho coordenado e ao compromisso com uma constante melhoria dos processos e resultados em saúde;
 - e) Contribuir para a melhoria das condições de receção, acolhimento, informação e apoio a doentes/utentes e acompanhantes;
 - f) Estimular a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização;
 - g) A Comissão de Humanização cooperará e articular-se-á com a CQS sempre que se mostre necessário para prossecução das suas atribuições.
5. A CH deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 25º

Comissão Transfusional

1. Os membros da Comissão Transfusional, adiante designada por CT, são nomeados por três anos pelo Conselho de Administração e apresentam no início de funções declaração de existência conflito de interesses, nos termos previstos na legislação em vigor.
2. A CT, em número de seis a dez membros, é presidida pelo Diretor Clínico do hospital ou por um médico especialista pertencente ao mapa da ULSLA nomeado pelo Diretor Clínico para esse efeito, sendo os restantes membros indigitados pelo Diretor Clínico e pelo Enfermeiro Diretor de entre profissionais vinculados à instituição.
3. Deve ser nomeado um profissional da área das Tecnologias de Informação, que constitua o Ponto Focal de Ligação à CT, com vista a facilitar a transmissão de informação entre as áreas clínicas e o Serviço de Imunohemoterapia.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 24 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

4. Deve ser designado um secretário da CT a quem compete a elaboração da ordem de trabalhos, convocatórias e atas das reuniões.
5. A CT e o seu funcionamento regem-se pela lei vigente, competindo-lhe, nomeadamente,
 - a) Monitorizar a prática transfusional na instituição visando o uso racional do sangue;
 - b) Estabelecer, atualizar e promover recomendações para o uso apropriado do sangue, componentes e derivados sanguíneos;
 - c) Desenvolver e estimular o desenvolvimento de orientações relacionadas com a melhoria e a segurança do ato transfusional;
 - d) Incentivar a utilização de alternativas à transfusão de sangue e desenvolver estratégias preventivas para reduzir a perda sanguínea;
 - e) Implementar uma avaliação regular da prática transfusional definindo indicadores e realizando auditorias à prática transfusional;
 - f) Adotar medidas preventivas/corretivas para os problemas identificados;
 - g) Promover a formação contínua na prática transfusional a todos os profissionais nela envolvidos;
 - h) Tomar conhecimento e analisar os incidentes, eventos, erros e reações adversas confirmados no processo transfusional, ocorridos no Hospital, notificados pelo Serviço ao programa nacional de hemovigilância, de modo a implementar medidas corretivas quando necessário;
 - i) A emissão de pareceres técnicos sobre a aquisição de componentes/frações do sangue ou hemoderivados ou de equipamentos/dispositivos relacionados com a prática transfusional, quando solicitado;
 - j) Rever e analisar os dados estatísticos do Serviço e propor todas as medidas necessárias, junto do Conselho de Administração para a tomada de ações de melhoria e otimização da transfusão, com vista à segurança do doente (recetor) e para a correção de procedimentos inapropriados.
6. A CT deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 26º

Comissão de Coordenação Oncológica

1. A Comissão de Coordenação Oncológica, adiante designada por CCO, de acordo com o enquadramento legislativo, é constituída por uma equipa composta pelo Diretor Clínico da área

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 25 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

hospitalar ou por um médico por si designado (que preside), três médicos com pelo menos o grau de especialista, e um enfermeiro especialista do Hospital Dia Oncológico.

2. Os elementos da CCO são nomeados pelo Conselho de Administração.
3. As competências e funcionamento da CCO obedecem ao estabelecido na legislação em vigor.
4. A CCO deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 27º

Comissão Técnica de Certificação de Interrupção da Gravidez

1. A Comissão Técnica de Certificação de Interrupção da Gravidez, adiante designada por CTCIG, rege-se pelas disposições legais em vigor.
2. A composição da CTCIG obedece ao estipulado na legislação em vigor.
3. A CTCIG deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 28º

Comissão de Feridas

1. A Comissão de Feridas, adiante designada por CF, tem por competências:
 - a) Apoio à definição das políticas de organização e prestação dos serviços clínicos relativamente ao tratamento de feridas;
 - b) Dinamizar normas de procedimentos de modo a uniformizar a prevenção e o tratamento de feridas;
 - c) Promover a formação dos prestadores de cuidados na prevenção e tratamento de feridas.
 - d) Elaborar guias de boas práticas e um sistema de avaliação sistemática de feridas para toda a ULSLA, bem como da adequação dos produtos farmacêuticos.
2. A CF tem uma composição multiprofissional, sendo constituída pelos seguintes membros:
 - a) Dois Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários;
 - b) Dois Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Hospitalares;
 - c) Um Farmacêutico;
 - d) Um Médico da especialidade de Cirurgia Geral.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 26 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

3. A CF poderá solicitar a participação pontual de outros profissionais e comissões da ULSLA face aos temas e abordagens específicos.
4. A CF deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 29º

Coordenação Hospitalar de Doação

1. A Coordenação Hospitalar de Doação, adiante designada por CHD, compete a um profissional médico, com formação específica, denominado Coordenador Hospitalar de Doação, competindo-lhe a deteção e avaliação de potenciais dadores de órgãos e tecido para transplantação, trabalhando sob a orientação do Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT) da ULS de São José.
2. A CHD segue a estrutura e funcionamento da legislação em vigor.
3. A CHD deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 30º

Comissão de Emergência e Catástrofe

1. A Comissão de Emergência e Catástrofe adiante designada por CEC é coordenada por um profissional de reconhecido mérito, nomeado pelo Conselho de Administração, tendo em consideração o perfil e as competências necessárias.
2. A CEC tem como missão assessorar o Conselho de Administração na elaboração e revisão dos planos de emergência interno e externo, e de catástrofe.
3. À CEC compete, designadamente:
 - a) Assegurar a articulação e colaboração com a Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, o Instituto Nacional de Emergência Médica, as Câmaras Municipais, as corporações de bombeiros e outros prestadores de cuidados de saúde e entidades do setor social, sempre que for adequado;
 - b) Organizar os meios de intervenção de modo a garantir, uma eficaz atuação e utilização de recursos humanos e materiais em situação de catástrofe;
 - c) Elaborar os planos de catástrofe e de planeamento da emergência externa e interna de acordo com a natureza dos Unidades que integram a ULSLA;
 - d) Manter atualizados e operacionais aqueles planos, de acordo com a análise dos respetivos riscos e realizar periodicamente os respetivos simulacros;

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 27 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- e) Promover o conhecimento, a formação e o treino dos colaboradores em conformidade com os planos de emergência.
 - f) A Comissão é presidida pelo Presidente do Conselho de Administração e dela fazem parte, pelo menos, os Diretores Clínicos, o Enfermeiro Diretor, o Diretor do Serviço de Urgência, o Enfermeiro Gestor do Serviço de Urgência, o Diretor do Serviço de Gestão de Instalações e Equipamentos, o Diretor do Serviço de Gestão Hoteleira, Segurança e Transportes, o Diretor do Serviço de Gestão de Compras, Aprovisionamento e Logística, o Diretor dos Serviços Farmacêutico, o Diretor do Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho e o Delegado de Segurança.
 - g) A composição, mandato, demais competências e funcionamento da Comissão de Catástrofe e Emergência obedecem ao disposto em Regulamento próprio.
4. A CEC deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 31º

Comissões de Avaliação de Desempenho

1. No âmbito da legislação em vigor sobre o Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP), prevista na Lei n.º 66-B/2007, de 28 de setembro, atualizada e adaptada com os diversos diplomas subsequentes que regem as carreiras especiais, está prevista a constituição do Conselho Coordenador de Avaliação e da Comissão Paritária para cada uma das seguintes carreiras:
 - a) Carreiras Gerais;
 - b) Carreira de Enfermagem;
 - c) Carreira Especial Médica;
 - d) Carreira Farmacêutica
2. Relativamente à carreira dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica está prevista a criação de uma Comissão Técnica à qual cabe apreciar as reclamações na pendência do processo de avaliação.
3. As Comissões devem, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
Página 28 de 102			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 32º

Comissão Local de Informatização Clínica

1. A Comissão Local de Informatização Clínica, adiante designada por CLIC, é um órgão consultivo multidisciplinar de apoio ao Conselho de Administração, coordenada por um médico, nomeada pelo Conselho de Administração, que visa propor a definição de estratégia local para promoção de processos de informatização clínica, no âmbito da Resolução de Conselho de Ministros nº 62/2016.
2. A CLIC deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Subsecção II- Equipas de Apoio Técnico

Artigo 33º

Comissão Médica

1. A Comissão Médica é um órgão de apoio técnico aos diretores clínicos da ULSLA, cuja missão é pronunciar-se sobre aspetos de ordem clínica, designadamente, no que respeita à formação e aperfeiçoamento técnico e científico do pessoal médico, bem como a aspetos do exercício da medicina, que envolvam princípios de deontologia médica.
2. A Comissão Médica é composta pelos adjuntos dos diretores clínicos, diretores de serviço, coordenadores das unidades funcionais.
3. A CM deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 34º

Direção de Enfermagem

1. A Direção de Enfermagem, adiante designada por DE, prossegue atribuições de apoio à definição das políticas de organização e prestação do serviço de enfermagem, constituindo-se como um órgão consultivo de apoio técnico ao Conselho de Administração.
2. A composição, o funcionamento e as competências da DE são as previstas na Portaria nº245/2013, de 05 de agosto.
3. A DE deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 29 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 35º

Direções de Internatos Médicos

1. As especialidades hospitalares são geridas por um Diretor do internato médico hospitalar, nomeado pelo Conselho de Administração, de acordo com o regime jurídico do internato médico.
2. As especialidades de Medicina Geral e Familiar e Saúde Pública são geridas por Coordenações de Internato Médico de âmbito regional.
3. As Coordenações de Internato Médico estão na dependência da ACSS, IP.
4. As Coordenações de Internato Médico de Medicina Geral e Familiar e de Saúde Pública podem propor a nomeação de Diretores de Internato Médico com funções transversais na sua região, assim como Diretores de Internato Médico com funções locais nas ULS, de acordo com o regime jurídico do internato médico.
5. As funções de Diretor de Internato Médico com funções transversais a várias ULS na região, pelo que lhe compete apoiar a Coordenação de Internato na organização da formação especializada na região de acordo com as competências delegadas ao abrigo do Regime do Internato Médico (RIM).
6. As funções de Diretor de Internato Médico com funções locais na ULS são apoiar a Coordenação de Internato na organização local da formação especializada na ULS de acordo com as competências delegadas ao abrigo do RIM.
7. As Direções do Internato Médico devem, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 36º

Conselho Técnico dos Técnicos Superiores das áreas de Diagnóstico e Terapêutica

1. O Conselho Técnico dos Técnicos Superiores das áreas de Diagnóstico e Terapêutica, adiante designado CTTSDT, integra todos os coordenadores designados dos termos do artigo 12º do Decreto-Lei nº111/2017 de 31 de agosto e um técnico superior das áreas de diagnóstico e terapêutica, detentor da categoria mais elevada, por cada uma das profissões não abrangidas no referido artigo.
2. Este órgão tem por missão promover a articulação e a harmonização do exercício profissional das diversas profissões representadas, designadamente, mediante emissão de normas técnicas e parecer sobre matérias relativas às profissões representadas, nomeadamente sobre a formação pré e pós-graduada.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 30 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

3. As competências do Conselho Técnico dos Técnicos Superiores das áreas de Diagnóstico e Terapêutica são as descritas nas alíneas do ponto 1, do artigo 13º do Decreto-Lei nº111/2017 de 31 de agosto.
4. O CTTSĐT deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 37º

Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência Antimicrobianos

1. A Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, adiante designada por UL PPCIRA, é uma unidade de apoio técnico ao Conselho de Administração, que tem como principal objetivo a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, bem como a preservação da eficácia dos antimicrobianos.
2. A UL PPCIRA rege-se pelas disposições estabelecidas no Despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde n.º 10901/2022, de 8 de setembro.
3. A UL PPCIRA deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 38º

Comissão de Proteção e Segurança Radiológica

1. A Comissão de Proteção e Segurança Radiológica, adiante designada CPSR, tem como missão implementar e manter o Programa de Proteção e Segurança Radiológica da ULSLA.
2. A CPSR exerce as suas funções e competências ao nível da consultadoria e orientação normativa no que respeita à proteção e segurança radiológica em medicina e consequente atribuição de responsabilidades, de modo a assegurar o cumprimento da Legislação Nacional e das Diretivas Europeias para esta matéria, implementando na instituição uma cultura de proteção e segurança radiológica.
3. A CPSR deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
			Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
Página 31 de 102	3.0	1	Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 39º

Comissão de Higiene e Segurança no Trabalho

1. A Comissão de Higiene e Segurança no Trabalho, adiante designada por CHST, é um órgão para consulta e cooperação regular e periódica em matéria de informação, formação dos trabalhadores, de prevenção dos riscos profissionais e promoção da saúde no trabalho.
2. A CHST é presidida pelo responsável do Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho, tendo como membros o responsável do Serviço de Gestão de Instalações e Equipamentos, um técnico superior de segurança no trabalho, um membro do UL-PPCIRA, designados pelo Conselho de Administração, e sete representantes, eleitos pelos trabalhadores.
3. A Comissão tem as competências previstas no Decreto-Lei n.º 488/99, de 17 de novembro, e na Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro.
4. A Comissão reúne ordinariamente de três em três meses e, extraordinariamente, sempre que convocada pelo Presidente. Compete-lhe, designadamente:
 - a) Obter informação relativa às condições de trabalho necessárias para o prosseguimento das suas funções;
 - b) Realizar visitas aos locais de trabalho para reconhecimento dos riscos para a segurança e saúde e avaliação das medidas de prevenção adotadas;
 - c) Propor iniciativas no âmbito da prevenção dos riscos para a segurança e saúde no trabalho, visando a melhoria das condições de trabalho e a correção de deficiências detetadas;
 - d) Participar na elaboração, acompanhamento e avaliação dos programas de prevenção de riscos profissionais;
 - e) Analisar os elementos disponíveis relativos aos acidentes de trabalho e doenças profissionais;
 - f) Emitir parecer sobre a programação anual dos serviços de segurança e saúde no trabalho.
5. A CHD deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Controlo – Versões / Revisões

Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
		Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
		Homologação	Ministério da Saúde	

Página 32 de 102

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 40º

Comissão para a Igualdade e Conciliação entre a vida Profissional, Familiar e Pessoal

1. A Comissão para a Igualdade e Conciliação entre a vida Profissional, Familiar e Pessoal, adiante designada por CICVPPF, é constituída por uma equipa multidisciplinar que representa áreas distintas da ULSLA, cuja missão é a procura de soluções que vão ao encontro das necessidades sentidas pelos profissionais em matéria de conciliação e igualdade de género.
2. A CICVPPF tem como missão promover um maior equilíbrio entre as diversas dimensões da vida dos profissionais da ULSLA, e como atribuições a execução e manutenção do Plano para a Igualdade, a implementação do Sistema de Gestão da Conciliação entre a Vida Profissional, Familiar e Pessoal, respetiva certificação e manutenção pela NP 4552:2016, bem como a participação em atividades afins para o efeito.
3. A CICVPPF deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 41º

Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes

1. A Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes, adiante designada por UCFD, foi criada com o objetivo geral de melhorar as medidas de prevenção e controlo da diabetes, através da promoção da articulação entre os diversos níveis de cuidados, da promoção da multidisciplinaridade e da participação de todas as instituições envolvidas, com particular destaque para as organizações da sociedade civil e local.
2. A composição, competências e funcionamento da UCFD, encontram-se previstas na legislação em vigor.
3. A UCFD deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento

Artigo 42º

Comissão de Promoção do Aleitamento Materno

1. A Comissão de Aleitamento Materno, é um órgão de apoio técnico da ULSLA, dotado de autonomia técnica e que tem por atribuição contribuir para a Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 33 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

2. É composta por profissionais de saúde da área de saúde materna e infantil e deve garantir na sua estrutura a representação de todos os serviços no âmbito dos cuidados de saúde hospitalares e dos cuidados de saúde primários.
3. A UCFD deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 43º

Comissão de Coordenação para a Prevenção da Violência no Ciclo de Vida

1. A Comissão de Coordenação para a Prevenção da Violência no Ciclo de Vida adiante designada por CPVCV integra as duas Ações de Saúde:
 - a) Ação de Saúde de Crianças e Jovens em Risco e Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida; que localmente se traduzem em equipas de Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, quer no Hospital (NHACJR) quer nos Cuidados de Saúde Primários (NACJR) e Equipas de Prevenção da Violência nos Adultos (EPVA) no Hospital e nos Cuidados de saúde Primários;
 - b) Plano Ação para a Prevenção da Violência no Sector da Saúde de acordo com o Despacho Nº9494/2019, de 21 de outubro, que institucionalmente se traduz na constituição de um Grupo Operativo Institucional da ULSLA e vários Grupos Operativos Locais (Hospital e Cuidados de Saúde Primários), formalizando o definido no Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida, sendo estes os referenciais de suporte à prossecução da intervenção da referida Comissão.
2. A composição, competências e funcionamento da CPVCV, dos respetivos núcleos, equipas e grupos encontra-se definida na legislação em vigor.
3. A CPVCV deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 44º

Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

1. Os Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, adiante designado por NHACJR, e os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, adiante designado por NACJR, têm as suas funções consagradas em diploma próprio.
2. O NHACJR é uma equipa pluridisciplinar, composta por:

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 34 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- a) Um Médico Pediatra, o qual é o responsável do núcleo;
 - b) Um Enfermeiro;
 - c) Um Técnico Superior de Serviço Social;
 - d) Um Profissional de Saúde Mental;
 - e) Um Jurista, sempre que possível, com formação especializada em direito de menores.
3. No Hospital do Litoral Alentejano existe um NHACJR, o qual se regerá pelas disposições legais em vigor.
4. Nos CSP existirão cinco NACJR, os quais se regerão pelas disposições legais em vigor.
5. Os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco são equipas pluridisciplinares, compostas por:
- a) Um Enfermeiro Especialista, o qual é o responsável do núcleo;
 - b) Um Médico de Medicina Geral e Familiar;
 - c) Um Psicólogo ou um Técnico Superior de Serviço Social.

Artigo 45º

Equipas de Prevenção da Violência em Adultos

1. As Equipas de Prevenção da Violência em Adultos, adiante designadas por EPVA, têm as suas competências elencadas em diploma próprio.
2. As EPVA são constituídas com base nas equipas interdisciplinares dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), com os quais passam a partilhar alguns elementos, designadamente o técnico de serviço social, procedendo-se à alocação de um médico e de um enfermeiro com mais experiência e ou competência em matéria de prevenção da violência em adultos, especialmente no domínio da violência doméstica, sendo que poderão também integrar outros profissionais, desde que a situação o justifique e haja disponibilidade de recursos.
3. Nos Cuidados de Saúde Primários e no Hospital do Litoral Alentejano, existem EPVAS, as quais se regerão pelas disposições legais em vigor, com coordenação rotativa.
4. Nos Cuidados de Saúde Primários, as EPVA são constituídas, no mínimo, por:
 - a) Um Enfermeiro Especialista;
 - b) Um Médico de Medicina Geral e Familiar;
 - c) Um Técnico Superior de Serviço Social.
5. No Hospital do Litoral Alentejano, a EPVA é constituída por:
 - a) Um Médico de acordo com o perfil adequado ao preconizado;

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 35 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- b) Um Enfermeiro Especialista,
- c) Um Médico Psiquiatra;
- d) Um Técnico Superior de Serviço Social.

Artigo 46º

Grupo Operativo Institucional no âmbito da operacionalização do Plano Ação para a Prevenção da Violência no Sector da Saúde

1. O Grupo Operativo Institucional, adiante designado por GOI tem como principal função estruturar um plano para a abordagem do problema, que privilegie, enquadre e apoie a assunção de políticas locais e institucionais, coordenado pelo Ponto Focal Institucional para o PAPVSS.
2. As atribuições do GOI são as seguintes:
 - a) Articular com e integrar as orientações definidas pelo Grupo Operativo Regional.
 - b) Monitorizar a implementação do Plano PAPVSS a nível institucional.
 - c) Coordenar as intervenções relacionadas com a prevenção da violência e abordagem dos episódios de violência nas unidades de saúde.
 - d) Definir procedimentos e medidas apropriadas, assegurando assim a confiança dos trabalhadores.
 - e) Articular com a Direção/Administração, com as Unidades e Serviços existentes e com o Conselho da Comunidade.
 - f) Apoiar os elementos dos Grupos Operativos Locais (GOL) de cada Unidade/Serviço.
 - g) Monitorizar e Analisar a violência de modo integrado no âmbito institucional.
 - h) Identificar situações com elevado risco de violência a partir da informação disponível (ocorrências, registos, contactos, observações).
 - i) Elaborar anualmente plano de ação e relatório de atividades institucional.
3. O GOI é constituído por uma equipa multidisciplinar (das seguintes áreas: Gabinete do Cidadão, Comissão da Qualidade e Segurança, Comissão de Ética, Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho e Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos), até um máximo de 7 elementos.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 36 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 47º

Grupo Operativo Local

1. O Grupo Operativo Local, adiante designado por GOL, é composto pelos Pontos Focais Locais, bem como por outros elementos em número a definir pela especificidade local, designados pelo perfil e competência específica neste domínio.
2. As atribuições do GOL são as seguintes:
 - a) Enquadrar, apoiar e coordenar a abordagem da prevenção e gestão da violência no âmbito concreto da sua unidade.
 - b) Articular com o GOI e integrar as suas orientações.
 - c) Analisar cada episódio, tendo por base técnicas de abordagem de incidentes críticos, na procura da causa raiz do problema.
 - d) Apoiar os trabalhadores ouvindo-os no pós-incidente (“debriefing”).
 - e) Procurar soluções prudentes e identificar as medidas corretivas e preventivas a aplicar.
 - f) Intervir em procedimentos que permitam a responsabilização e eventual
 - g) reabilitação da pessoa agressora.
 - h) Promover a abordagem de cada episódio de violência como uma oportunidade de reflexão e aprendizagem.
 - i) Manter o registo dos episódios de violência na unidade.
 - j) Identificar situações com elevado risco de violência na unidade a partir da informação disponível (ocorrências, registos, contactos, observações).
 - k) Propor e colaborar nos processos de formação.
 - l) Promover o preenchimento do modelo de Participação e Qualificação de Acidente de Trabalho.

Artigo 48º

Equipa de apoio à gestão ao internamento

1. A equipa de apoio à gestão ao internamento, adiante designada por EAGI é uma equipa multidisciplinar, nomeada pelo Conselho de Administração com responsabilidade e autonomia na gestão das camas de internamento.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 37 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

2. A EAGI articula com os serviços de Internamento do HLA, Serviço de Urgência Médico Cirúrgica, EGA, Serviço Social e Hospitalização Domiciliária, para a gestão de camas e altas do Hospital.
3. A EAGI deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 49º

Equipa de Gestão de Altas

1. A Equipa de Gestão de Altas, adiante designada por EGA, é uma equipa multidisciplinar, sediada no Hospital do Litoral Alentejano dedicada à preparação e gestão das altas hospitalares de doentes que requeiram cuidados de saúde e de apoio social, quer no domicílio, quer em articulação com as unidades da RNCCI.
2. A EGA é constituída por um Médico e um Enfermeiro (que coordena), propostos respetivamente pelo Diretor Clínico e pelo Enfermeiro Diretor e ainda por um Assistente Social, todos nomeados pelo Conselho de Administração.
3. A EGA articula-se a nível interno com os serviços de internamento através do interlocutor em cada serviço, designadamente o Enfermeiro Gestor/responsável, e com o Serviço Social e o Serviço de Medicina Física e Reabilitação.
4. A EGA articula-se a nível externo, com as ECL OU RNCCI e com as equipas prestadoras de Cuidados Continuados Integrados.
5. A EGA deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 50º

Equipa Coordenadora Local

1. A Equipa Coordenadora Local, adiante designada por ECL, é uma estrutura de coordenação local da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que assegura o acompanhamento e a gestão interna da RNCCI, a nível da ULSLA, em articulação com os outros intervenientes, sedeadas nos Cuidado de Saúde Primários.
2. A ECL articula com a Equipa de Coordenação Regional, adiante designada por ECR, assegura o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e a coordenação dos

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 38 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

recursos e atividades, no seu âmbito de referência, competindo-lhes, designadamente, as atribuições previstas na legislação.

3. No âmbito da ULSLA, a coordenação é assegurada por três equipas coordenadoras locais:
 - a) A ECL de Alcácer do Sal exerce a sua atividade tendo como referência a área de influência os concelhos de Alcácer do Sal e Grândola;
 - b) A ECL de Santiago do Cacém exerce a sua atividade tendo como referência a área de influência os concelhos de Santiago do Cacém e Sines;
 - c) A ECL de Odemira exerce a sua atividade tendo como referência a área de influência o concelho de Odemira.
4. Cada ECL é constituída por um Enfermeiro, que coordena a equipa, e um Médico nomeados pelo Conselho de Administração da ULSLA.
5. Integra também em cada equipa um Técnico Superior de Serviço Social nomeado pelo Instituto de Segurança Social, IP.
6. A ECL deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento

Artigo 51º

Núcleo de Resposta da Saúde Mental a Acidentes Graves ou Catástrofes

1. O Núcleo de Resposta da Saúde Mental a Acidentes Graves ou Catástrofes, adiante designado por NRSMAGC, enquadra-se numa estratégia de integração de saúde mental em caso de acidente grave ou catástrofe, e é constituído por um médico psiquiatra, um enfermeiro com a especialidade de saúde mental, um psicólogo e um assistente social, com formação específica nesta área, nomeados pelo Conselho de Administração, regendo-se pelo Despacho n.º 7059/2018, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 142, de 25 de julho.
2. O NRSMAGC deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.
3. O NRSMAGC deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 39 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 52º

Comissão de Avaliação de Equipamentos e Material de Consumo

1. A Comissão de Avaliação de Equipamentos e Material de Consumo, adiante designada por CAEMC, é constituída por uma equipa multidisciplinar que integra, obrigatoriamente:
 - a) O Vogal Executivo com o pelouro, ou quem este delegue, que preside;
 - b) O Diretor do Serviço de Gestão de Compras, Aprovisionamento e Logística (SGCAL);
 - c) 1 elemento de cada uma subcomissão:
 - i. Subcomissão Material de Consumo Clínico: constituída por um enfermeiro dos Cuidados de Saúde Primários, um enfermeiro dos Cuidados de Saúde Hospitalares e um médico;
 - ii. Subcomissão Equipamentos (Electromedicina e Material Geral): constituída por um enfermeiro, um médico, um técnico superior de diagnóstico e terapêutica e um elemento dos SGIE.
2. Os elementos da CAEMC e das subcomissões são nomeados pelo Conselho de Administração.
3. Nos procedimentos de contratação pública de equipamentos de electromedicina e material geral, o júri deverá ser composto, obrigatoriamente, por um dos elementos que integram a Subcomissão Equipamentos.
4. Compete à CAEMC, com o apoio das subcomissões, a emissão de pareceres relativos à política de aquisição, manutenção e renovação de materiais e equipamentos, em especial:
 - a) Avaliar a eventual introdução de artigos novos no stock, emitindo parecer face a uma análise de custo-benefício e análise de escoamento de artigo a substituir;
 - b) Avaliar os suportes de registo utilizados na instituição relativos às matérias em questão e proceder à sua normalização;
 - c) Avaliar e emitir pareceres nas aquisições de equipamentos, de substituição ou inovação, com o objetivo de uniformização, avaliação de custos com consumíveis, determinação da capacidade necessária, acessórios necessários, entre outros;
 - d) Apoio ao SGCAL na avaliação das nomenclaturas dos artigos e respetivas estimativas, para efeitos de abertura dos procedimentos de compra;
 - e) Colaborar com as comissões de escolha/júri sempre que solicitado;
 - f) Realizar estudos com emissão de pareceres sobre a utilidade e qualidade dos artigos;
 - g) Análise casuística de outras situações que pela sua natureza exijam pareceres;
 - h) Definir política de escoamento para os artigos que revelem excedentes de stock.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 40 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

5. A CAEMC deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 53º

Comissão para os Abates do Imobilizado Corpóreo e Existências

1. A Comissão para os Abates do Imobilizado Corpóreo e Existências, adiante designada por CAICE, é constituída por uma equipa multidisciplinar que integra:
 - a) O Vogal Executivo com o pelouro, ou quem este delegue, que preside;
 - b) O Diretor do SGCAL;
 - c) O Diretor do Serviço de Gestão Financeira e Patrimonial (SGFP);
 - d) Um elemento adicional em função do material/equipamento a abater:
 - i. Material de Manutenção e Equipamentos electromedicina e material geral: Diretor do Serviço de Gestão de Instalações e Equipamentos;
 - ii. Medicamentos e Vacinas: Diretor do SF.
2. Compete a esta Comissão, entre outras competências, designadamente:
 - a) Emitir pareceres relativos à política de abates do imobilizado corpóreo e das existências;
 - b) Elaborar as recomendações que acompanham as propostas de abate;
 - c) Dirigir todo o processo de pré-negociação dos preços da alienação dos bens a abater, bem como a seleção das entidades que podem adquirir os bens, que vão rececionar os bens doados ou que vão proceder à destruição dos bens em causa;
 - d) Dirigir todo o processo de comunicação com as entidades externas relacionadas com o processo de abates, por exemplo, comunicar com a Autoridade Tributária;
 - e) Dirigir o processo de concretização do abate após a respetiva aprovação por parte do Conselho de Administração.
3. A CAICE deve, até 60 dias após a sua nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 41 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Secção IV – Pontos Focais

Artigo 54º

Pontos focais ou funções similares

1. Compete ao Conselho de Administração a nomeação dos pontos focais ou outras funções similares, que nos termos da lei preconizam a existência de um interlocutor, ou membro(s) de articulação da ULSLA para com uma ou várias entidades externas, ou mesmo a comunidade.
2. A estes elementos estão afetas as responsabilidades aplicáveis pela legislação ou normativo que determina a obrigatoriedade da nomeação pela ULSLA.
3. Os pontos focais ou funções similares podem ser coadjuvados por grupo de apoio ou equipa, devendo tal acontecer, quando por via da legislação ou normativo, o determinem.
4. Os pontos focais ou funções similares, devem comunicar obrigatoriamente, a designação do substituto nas suas ausências e impedimentos.
5. Compete ao ponto focal ou função similar formalizar ao Conselho de Administração da renúncia, sempre que, por razões de ordem pessoal e/ou profissional, não possa continuar na função. Em caso de renúncia, mantêm-se em funções até serem substituídos, com exceção da causa de renúncia incidir em sede de incompatibilidades, ou de cessação de funções laborais na ULSLA, pelo que devem referir quem os substitui, de entre os elementos do grupo de apoio, caso exista, até nova nomeação.
6. A ULSLA dispõe, nos termos da lei e da regulamentação específica da atividade clínica e não clínica, hospitalar e de Cuidados de Saúde Primários de um conjunto de pontos focais ou funções similares, os quais atuam no âmbito da sua área de intervenção de acordo com a legislação em vigor e a incumbência que o Conselho de Administração lhes atribuir.

Artigo 55º

Responsável de Acesso à Informação

1. O Responsável de Acesso à Informação, adiante designado por RAI, é um profissional nomeado pelo Conselho de Administração, tendo em consideração o seu perfil e as suas competências técnicas.
2. O RAI deverá enquadrar a sua atuação em cumprimento das disposições da Lei 26/2016, de 22 agosto, que regula o acesso à informação administrativa e ambiental e de reutilização dos documentos administrativos e é a quem compete apreciar os pedidos de acesso à informação

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 42 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

administrativa que sejam feitos por pessoas singulares e pessoas coletivas de Direito Público ou Privado.

3. Na apreciação dos pedidos, o RAI deve aferir da legitimidade da origem do pedido, da legitimidade do pedido, bem como emitir parecer de autorização, total ou parcial, ou de indeferimento (em todas as situações, fundamentando sempre com suporte na lei, doutrina e/ou jurisprudência, acompanhando a tramitação dos pedidos de acesso).
4. Ao RAI compete nomeadamente organizar e promover as obrigações de divulgação ativa de informação a que a ULSLA está vinculada, acompanhar a tramitação dos pedidos de acesso e reutilização e estabelecer a articulação necessária ao exercício das competências da Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos (CADA).

Artigo 56º

Encarregado de Proteção de Dados

1. O Encarregado de Proteção de Dados, adiante designado por EPD, é um profissional nomeado pelo Conselho de Administração, devendo a nomeação basear-se nas suas qualidades pessoais e profissionais com especial realce ao seu conhecimento especializado de Direito e em Proteção de Dados.
2. O EPD deverá enquadrar a sua atuação no cumprimento do Regulamento (EU) n.º 2016/679, do Parlamento Europeu e do Conselho Europeu, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados (Regulamento Geral sobre Proteção de Dados – RGPD).
3. Em todas as suas avaliações o EPD deverá ter em devida consideração os riscos associados às operações de tratamento, tendo em conta a natureza, o âmbito, o contexto e as finalidades do tratamento de dados, devendo em particular:
 - a) Informar e aconselhar o responsável pelo tratamento, bem como os trabalhadores que tratem os dados, a respeito das suas obrigações nos termos do RGPD e de outras disposições de proteção de dados;
 - b) Monitorizar as políticas e procedimentos da ULSLA e avaliar a respetiva conformidade com o RGPD, com outras disposições legais, nacionais ou europeias, relativas à proteção de dados pessoais, incluindo a repartição de responsabilidades, a sensibilização e formação do pessoal implicado nas operações de tratamento de dados, e as auditorias correspondentes;

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 43 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- c) Prestar aconselhamento, quando tal lhe for solicitado, no que respeita à avaliação de impacto sobre a proteção de dados e controlar a sua realização casuisticamente;
- d) Cooperar com a autoridade de controlo e ser o seu ponto de contacto primordial sobre questões relacionadas com o tratamento e eventual necessidade de consulta prévia;
- e) Identificar, avaliar e expor ao Conselho de Administração, ao Gabinete de Gestão do Risco e no âmbito da Comissão Local de Informatização Clínica, situações de risco, no que concerne à proteção e salvaguarda de dados pessoais, em relação aos quais a ULSLA é responsável pelo respetivo tratamento.

Artigo 57º

Gestor de Contrato

1. O Conselho de Administração, para cada contrato celebrado em nome da ULSLA, deverá designar um gestor do contrato, com a função de acompanhar permanentemente a execução deste, devendo o seu perfil ser selecionado de acordo com o objeto e natureza específica daquele.
2. A figura de Gestor de Contrato deverá enquadrar a sua atuação em cumprimento das disposições previstas no Código de Contratos Públicos publicado pelo DL n.º 18/2008, de 29 de janeiro, com todas as atualizações legais, última das quais pelo DL n.º 33/2018, de 15 de maio.
3. Quando se trate de contratos com especiais características de complexidade técnica ou financeira ou de duração superior a três anos, e sem prejuízo das funções que sejam definidas por cada contraente público, o gestor deve elaborar indicadores de execução quantitativos e qualitativos adequados a cada tipo de contrato, que permitam, entre outros aspetos, medir os níveis de desempenho do cocontratante, a execução financeira, técnica e material do contrato.
4. Caso o gestor detete desvios, defeitos ou outras anomalias na execução do contrato, deve comunicá-los de imediato ao órgão competente, propondo em relatório fundamentado as medidas corretivas que, em cada caso, se revelem adequadas.
5. Ao gestor do contrato podem ser delegados poderes para a adoção das medidas a que se refere o número anterior, exceto em matéria de modificação e cessação do contrato.

Controlo – Versões / Revisões

Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
		Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
		Homologação	Ministério da Saúde	

Página 44 de 102

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 58º

Monitor da Prescrição Médica

1. O Conselho de Administração, sob proposta da Direção Clínica, deve designar um médico como Monitor da Prescrição Médica, com perfil e competências adequadas para o exercício das funções, para atuar como consultor naquele processo.
2. O Monitor da Prescrição Médica rege a sua atuação nos termos previstos no Despacho n.º 17069/2011, de 16 de dezembro, sendo o interlocutor preferencial da ACSS, IP para o processo de monitorização da prescrição médica de medicamentos e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT).
3. Compete ao Monitor da Prescrição Médica em particular:
 - a) Garantir a emissão de relatório trimestral com indicadores relativo às prescrições de medicamentos e MCDT, efetuadas por cada médico prescriptor, com retorno da informação ao prescriptor preferencialmente em suporte digital e para o seu endereço de correio eletrónico;
 - b) Estabelecer mecanismos regulares de acompanhamento e discussão interpares dessa informação, incluindo estabelecimento de metas e medidas de correção.

Artigo 59º

Responsável pelo Cumprimento Normativo

1. O Responsável pelo Cumprimento Normativo do Mecanismo Nacional Anticorrupção, adiante designado por RCN, é um profissional nomeado pelo Conselho de Administração, tendo em consideração o perfil e as competências técnicas, que garante e controla a aplicação do programa de cumprimento normativo do Regime de Prevenção da Corrupção, implementado no âmbito Mecanismo Nacional Anticorrupção nos termos da legislação em vigor.
2. No âmbito das suas funções o RCN deverá acompanhar o cumprimento normativo do programa da ULSLA que inclua, pelo menos, um plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas (PPRCIC), um código de conduta, um programa de formação e um canal de denúncias, a fim de prevenirem, detetarem e sancionarem atos de corrupção e infrações conexas, levados a cabo contra ou através da entidade.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 45 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 60º

Delegado de Segurança

1. O Delegado de Segurança é nomeado pelo Conselho de Administração, tendo em consideração o perfil e as competências técnicas.
2. Ao Delegado de Segurança compete, designadamente, nos termos da legislação em vigor:
 - a) Promover a autoproteção e a gestão e segurança contra incêndios em edifícios e recintos, durante a exploração e utilização dos mesmos, para efeitos da aplicação das respetivas medidas preventivas e de intervenção;
 - b) Elaborar e/ou dinamizar o plano de segurança interno, incluindo o plano de prevenção, o plano de emergência interno e os respetivos registos de segurança;
 - c) Encetar os procedimentos necessários para a realização de simulacros de incêndio (e outros), no respeito pelo regulamento técnico;
 - d) Assegurar o cumprimento da legislação em matéria de segurança em todas as instalações, procurando a sua certificação e manutenção da mesma, incluindo nos Heliportos em colaboração com o Diretor do Heliporto.

Artigo 61º

Diretor de Heliporto

1. O Diretor de Heliporto da ULSLA e o seu substituto, são nomeados pelo Conselho de Administração, tendo em consideração o perfil e as competências técnicas e o cumprimento do previsto na lei.
2. Ao Diretor de Heliporto compete, designadamente, nos termos da legislação em vigor:
 - a) Superintender e assegurar o normal funcionamento do heliporto e a segurança operacional;
 - b) Impedir qualquer situação que possa colocar em risco a segurança operacional;
 - c) Assegurar o cumprimento das regras de segurança operacional aplicáveis ao heliporto, por todos os utilizadores do heliporto;
 - d) Implementar o programa de formação elaborado pelo operador do heliporto e aprovado pela Autoridade Nacional de Aviação Civil (ANAC);
 - e) Zelar pela cooperação de todos os utilizadores do heliporto na prestação de informações sobre quaisquer acidentes, incidentes, defeitos ou falhas que possam ter repercussões na segurança operacional;
 - f) Remover das áreas operacionais do heliporto qualquer objeto estranho suscetível de constituir obstáculo;

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 46 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- g) Ativar o plano de emergência do heliporto sempre que necessário;
 - h) Garantir o acesso ao heliporto pelo pessoal da ANAC, ou por esta devidamente credenciada, para a realização de auditorias, vistorias e inspeções;
 - i) O Diretor de Heliporto deve comunicar à ANAC todas as ocorrências suscetíveis de afetar a segurança operacional do heliporto;
3. O Diretor de Heliporto é o responsável perante a ANAC pelo cumprimento das normas, dos regulamentos e instruções da ANAC em matéria de segurança operacional, bem como pelas normas, procedimentos, informações e instruções do manual de heliporto.

Artigo 62º

Promotor Interno da Telemedicina

1. O Promotor Interno da Telemedicina, adiante designado por PIT, assume as funções previstas no despacho n.º 8445/2014, do Secretário de estado Adjunto e da Saúde.
2. Na ULSLA poderão coexistir dois PITs, sendo um deles da área dos cuidados de saúde hospitalares e outro da área dos cuidados de saúde primários

Artigo 63º

Gestor de Energia e Recursos

1. O Gestor de Energia e Recursos, adiante designado por GER, assume as funções previstas na Resolução de Conselho de Ministros n.º 104/2020 e nos despachos n.º 1729/2011 e n.º 5349/2019, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.
2. Assim o GER tem como funções:
 - a) Implementar outras medidas específicas a identificar no âmbito das estratégias de baixo carbono e da eficiência energética e hídrica;
 - b) Garantir a monitorização trimestral dos consumos e dos custos com energia elétrica, gás, água e decorrentes da produção de resíduos, validando e submetendo essa informação através do portal mencionado no n.º 4, impreterivelmente até ao 45.º dia útil após o final de cada trimestre.
 - c) Promover a implementação das medidas constantes no Guia de Boas Práticas para o Sector da Saúde, e/ou de outras do mesmo âmbito que contribuam para as metas definidas no n.º 2, bem como monitorizar os efeitos da sua implementação, prestando informação sobre o

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
			Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
Página 47 de 102	3.0	1	Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

estado de execução das mesmas, através do portal referido no n.º 4, impreterivelmente até ao 45.º dia útil após o final de cada trimestre.

- d) Participar nos procedimentos de aquisição de bens e serviços na sua entidade, de forma a assegurar que os mesmos possuam um desempenho elevado do ponto de vista da eficiência energética e hídrica;
- e) Diligenciar no sentido de promover o cumprimento de toda a legislação e regulamentação relacionada com a eficiência energética, nomeadamente a referente ao Sistema de Certificação Energética dos Edifícios, identificando as obrigações legais aplicáveis às instalações do seu domínio de responsabilidade.

Artigo 64º

Responsável de Segurança da informação e Responsável técnico de segurança

O responsável de segurança da informação e o responsável técnico de segurança são designados pelo Conselho de Administração e assumem as funções previstas no Despacho n.º 8877/2017, do Secretário de Estado da Saúde.

Capítulo III-Sistema de Controlo Interno e Prevenção da Corrupção

Artigo 65º

Sistema de Controlo interno

1. Nos termos definidos no Estatuto do SNS, compete ao Conselho de Administração assegurar a implementação e manutenção de um sistema de controlo interno (SCI) e ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação.
2. Às respetivas unidades orgânicas compete a identificação dos seus riscos e a implementação de um sistema de controlo interno que mitigue os riscos que possam comprometer a ULSLA, no alcance dos seus objetivos.
3. O sistema de controlo interno compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos no estabelecimento de saúde, com vista a garantir:
 - a) Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e recursos, a continuidade, segurança e qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
			Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
	3.0	1	Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
Página 48 de 102			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas;
- b) A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;
 - c) O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações da tutela e recomendações aplicáveis de entidades externas, como o Tribunal de Contas.
4. 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.
5. A ULSLA deve garantir o cumprimento dos requisitos em termos de sistema de controlo interno, previstos em demais normativos, nomeadamente no:
- a) Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, que visa o regime jurídico do sector público empresarial;
 - b) Decreto-lei n.º 192/2015, de 11 de setembro, que aprova o sistema de normalização contabilística para as administrações públicas (SNC-AP), incluindo a contabilidade de gestão, nos termos do Plano de Contabilidade Analítica das ULS;
 - c) Plano de Controlo Interno Integrado do Ministério da Saúde (PCIIMS);
 - d) No anexo ao Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 09 de dezembro, que estabelece o RGPC.

Artigo 66º

Código de Conduta

A ULSLA deve dispor de código de conduta que integre as disposições previstas, nomeadamente nos seguintes diplomas:

- a) Carta de Ética da Administração Pública;
- b) Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, que visa o regime jurídico do sector público empresarial;
- c) Despacho n.º 9456-C/2014 do Gabinete do Ministro de Saúde, com os princípios orientadores referentes ao código de conduta ética dos serviços e organismos do Ministério da Saúde;
- d) No anexo ao Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro que estabelece o RGPC.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 49 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 67º

Transparência administrativa

A ULSLA deve garantir:

- a) A publicação na intranet e na sua página oficial na Internet, e/ou em outros sítios da internet, de todos os documentos que possam ou devam ser disponibilizados ao público, nos prazos e formas preconizadas;
- b) Os Princípios de Bom Governo previstos no Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, com o objetivo de assegurar a melhoria e transparência do governo societário;
- c) Os instrumentos de gestão previsional e demais procedimentos e normas de avaliação, controlo financeiro e prestação de contas previstos no Estatuto do SNS;
- e) Os documentos previstos no RGPC em anexo ao Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro.

Artigo 68º

Canal de denúncia

A ULSLA deve dispor de canal de denúncia interna, nos termos do disposto na Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro, que estabeleceu o regime geral de proteção de denunciadores de infrações (RGPD), que transpõe a Diretiva (UE) 2019/1937, do Parlamento Europeu e do Conselho Europeu, de 23 de outubro de 2019, relativa à proteção das pessoas que denunciam violações do direito da União.

Artigo 69º

Sistema de comunicação interna de irregularidades

Nos termos do Estatuto do SNS, mediante proposta do serviço de auditoria interna, deve ser aprovado pelo Conselho de Administração, um regulamento que defina as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades, através do qual possam ser descritos factos que iniciem:

- 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 ULSLA, ou dos utentes;
- c) Prejuízo à imagem ou reputação da ULSLA.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
			Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
	3.0	1	Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
Página 50 de 102			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Capítulo IV – Organização e Níveis de Gestão

Secção I – Estrutura Organizacional

Artigo 70º

Organização da ULSLA

1. De acordo com a estratégia definida tendo em vista a prossecução da missão e o cumprimento dos objetivos a atingir, a ULSLA desenvolve a sua atividade em quatro áreas complementares que se articulam de forma integrada:
 - a) Área de Prestação de Cuidados de Saúde;
 - b) Área da Saúde Pública;
 - c) Área de Apoio à Prestação de Cuidados;
 - d) Área de Apoio à Gestão e Logística.
2. A ULSLA estrutura-se de acordo com as normas e critérios genéricos definidos pela tutela, em função das suas atribuições e áreas de atuação, podendo desenvolver-se por Departamentos, Serviços, Unidades e Gabinetes que concorrem para a prossecução da missão da ULSLA.
3. Na ULSLA podem existir Centros de Responsabilidade Integrada, Centros Académicos Clínicos e Centros de Referência, que são criados nos termos da legislação em vigor.
4. Os Departamentos, que respondem diretamente ao Conselho de Administração, agregam estruturas de natureza diversa, com afinidades técnicas, clínicas e científicas ou de gestão, sendo geridos por uma equipa multidisciplinar de Diretor Médico, Enfermeiro e Gestor e são constituídos por dois ou mais serviços e/ou Unidades.
5. Os Serviços são células básicas de toda a organização, correspondendo a agregações especializadas de recursos humanos, instalações e recursos tecnológicos dirigidos por um diretor de serviço, podendo funcionar autonomamente ou integrados em departamentos.
6. As Unidades são estruturas orgânicas autónomas de caráter clínico, geridas por um Coordenador, mas que pela sua dimensão ou transversalidade de atuação, são dotadas de recursos humanos próprios, com acesso a recursos tecnológicos adequados, não integradas em Serviços, mas podendo estar integradas num Departamento.
7. As Áreas de Gestão Integrada são estruturas orgânicas autónomas de caráter clínico, geridas por um Coordenador, mas que pela sua dimensão ou transversalidade de atuação, são dotadas de recursos

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 51 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- humanos próprios, com acesso a recursos tecnológicos adequados, não integradas em Serviços, mas podendo estar integradas num Departamento.
8. Os Gabinetes são formas de organização sectorial na área de apoio geral ou de apoio à gestão que, pela sua dimensão ou natureza da persecução dos objetivos, não justifiquem a criação de serviços podendo, todavia serem geridos por um coordenador ou gestor.
 9. A organização e a nomenclatura dos departamentos, Serviços, Unidades e Gabinetes, enquanto centros de custos, têm em consideração a aplicação da legislação em vigor e deve ser estruturada para que a contabilidade analítica da ULSLA espelhe a realidade.
 10. O Conselho de Administração pode proceder à criação, extinção ou modificação de departamentos, serviços, unidades funcionais, equipas e gabinetes.
 11. Todas as estruturas orgânicas deverão dispor de regulamento interno próprio a submeter ao Conselho de Administração para aprovação no prazo máximo de 90 dias após a nomeação dos dirigentes, onde conste o funcionamento interno e onde se especifiquem todas as suas atividades e se defina a sua articulação dentro da Instituição, bem como, apresentar com uma periodicidade pelo menos anual, Plano e Relatório de Atividades.

Artigo 71º

Centros de Responsabilidade Integrados

1. A ULSLA deverá progressivamente ser estruturada em Centros de Responsabilidade Integrada (CRI), de acordo com os artigos 90º e 91º dos Estatutos do SNS.
2. Os CRI, regulados pelo Decreto-Lei n.º 118/2023, de 20 de dezembro, são níveis de gestão intermédia que visam potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorando a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos aplicados, contribuindo para uma maior eficácia e eficiência.
3. Os CRI são constituídos por equipas multidisciplinares de profissionais de saúde, de acordo com a área ou áreas de especialidade.
4. Os CRI são liderados por um Conselho de Gestão, de acordo com o disposto na legislação.
5. A estrutura, composição, atribuições de responsabilidades e autoridades e o funcionamento dos CRI são objeto de regulamento interno, elaborado de acordo com a legislação própria, a aprovar pelo Conselho de Administração

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 52 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	
Próxima Revisão: até 3 anos após homologação					

6. De acordo com a legislação em vigor, os CRI encontram-se na dependência do Conselho de Administração.

Artigo 72º

Centros de Referência

1. A ULSLA pode candidatar-se ao reconhecimento de um ou mais centros de referência, nos termos legalmente previstos.
2. Os centros de referência são qualquer departamento, serviço ou unidade de saúde reconhecido, nos termos do número seguinte, com o nível mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência, devido à baixa prevalência da doença, à complexidade no seu diagnóstico ou tratamento e/ou aos custos elevados da mesma, e que conduzem também formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas.
3. O reconhecimento como centro de referência é atribuído por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta da Comissão Nacional para os Centros de Referência.
4. Os centros de referência possuem regulamento interno, a aprovar pelo Conselho de Administração.

Artigo 73º

Centros Académicos Clínicos

1. A ULSLA poderá participar na criação de estruturas integradas de atividade assistencial, ensino e investigação clínica, com instituições de ensino superior e de investigação, públicas ou privadas, sob a forma de consórcios ou de associações, tendo como principal objetivo o desenvolvimento e a aplicação do conhecimento e da evidência científica para a melhoria da saúde.
2. A criação, denominação, forma e funcionamento dos Centros Académicos Clínicos estão consagrados no artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 53 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Secção II – Área de Prestação de Cuidados de Saúde

Artigo 74º

Departamentos da Área de Prestação Cuidados de Saúde

1. A estrutura organizacional da área de prestação de cuidados de saúde contempla a existência dos seguintes Departamentos:
 - a) Departamento de Especialidades Médicas (DEM):
 - Serviço de Medicina Interna que inclui:
 - Unidade de Cuidados Intermédios;
 - Unidade de Acidente Vascular Cerebral;
 - Unidade de Hospitalização Domiciliária;
 - Unidade de Gestão Intermédia do Doente Crónico Complexo, que integra:
 - Unidade de Medicina de Ambulatório:
 - Hospital de Dia Polivalente;
 - Programa de Gestão de Caso;
 - Percursos Assistenciais Integrados.
 - Serviço de Imunohemoterapia;
 - Unidade de Gastroenterologia;
 - Unidade de Pneumologia;
 - Unidade de Cardiologia;
 - Unidade de Neurologia;
 - Unidade de Reumatologia;
 - b) Serviço Integrado de Cuidados Paliativos:
 - Unidade de Cuidados Paliativos;
 - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), que inclui consulta externa, consultadoria e Hospital Dia;
 - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).
 - c) Serviço Local de Psiquiatria e Saúde Mental (SLSM):
 - Consulta externa;
 - Equipas comunitárias de suporte em Saúde Mental para adultos.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 54 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- d) Departamento de Especialidades Cirúrgicas (DEC);
 - Serviço de Cirurgia;
 - Serviço de Ortopedia;
 - CRI de Ortopedia;
 - Unidade de Oftalmologia;
 - CRI de Oftalmologia;
 - Unidade de Admissão de Doentes Cirúrgicos e Cirurgia de Ambulatório;
 - Unidade de Urologia;
 - Unidade de Otorrinolaringologia;
- e) Departamento da Saúde da Mulher e da Criança
 - Serviço de Pediatria;
 - Unidade de Ginecologia e Obstetrícia
- f) Departamento de Urgência e Emergência (DUE);
 - Serviço de Medicina Intensiva;
 - Unidade de Cuidados Intensivos;
 - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMIH).
 - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica:
 - Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).
 - Serviço de Urgência Básica (SUB):
 - SUB de Alcácer do Sal;
 - SUB de Odemira
 - Viatura de Suporte Imediato de Vida (SIV).
- g) Departamento de Ambulatório e de Diagnóstico e Terapêutica (DADT);
 - Serviço de Consulta Externa;
 - Serviço de Medicina Física e de Reabilitação;
 - Serviço de Imagiologia;
 - Serviço de Patologia Clínica;
 - Serviço de Anatomia Patológica;
 - Hospital de Dia Oncológico.
- h) Área de Gestão Integrada de Anestesiologia e Bloco Operatório (AGIABO):
 - Serviço de Anestesia;

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 55 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- Bloco Operatório;
 - i) Departamento de Saúde Familiar e Comunitária: (DSFC):
 - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP):
 - UCSP de Alcácer do Sal;
 - UCSP de Grândola
 - UCSP de Santiago do Cacém
 - UCSP de Sines;
 - UCSP de Odemira;
 - Unidade de Saúde Familiar (USF):
 - USF Porto de Mar
 - Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC):
 - UCC de Alcácer do Sal:
 - i. ECCI de Alcácer do Sal
 - UCC de Grândola:
 - i. ECCI de Grândola
 - UCC de Santiago do Cacém:
 - i. ECCI de Santiago do Cacém
 - UCC de Sines:
 - i. ECCI de Sines
 - UCC de Odemira:
 - ECCI de Odemira
 - Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) / Consulta Respiratória na Comunidade (CRC)
2. Os recursos humanos de cada Departamento e respetivos Serviços, Unidades Funcionais e Áreas de Gestão Integrada podem ser internamente partilhados e mobilizados temporariamente, desde que a Direção de Departamento assim o entenda, de forma a suprir as dificuldades de recursos num determinado período.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 56 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSIA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSIA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 75º

Unidade de Hospitalização Domiciliária

1. A Unidade de Hospitalização Domiciliária, adiante designada por UHD, encontra-se integrada no Serviço de Medicina Interna.
2. A UHD é composta por uma equipa multidisciplinar com médicos, enfermeiros, técnico superior de assistente social e assistente técnica.
3. A UHD, enquanto modelo de prestação de cuidados no domicílio, afigura-se como uma alternativa ao internamento convencional, proporcionando assistência contínua e coordenada aos cidadãos que, requerendo admissão hospitalar para internamento, cumpram um conjunto de critérios clínicos, sociais e geográficos que permitem a sua hospitalização no domicílio, sob a responsabilidade dos profissionais de saúde que constituem a UHD, com a concordância do cidadão e da família
4. A UHD segue os normativos previstos no Despacho n.º 9323-A/2018, de 03 de outubro, Despacho nº 12333/2019, de 23 de dezembro e a Norma da DGS nº 020/2018,

Artigo 76º

Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

A Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, adiante designada por EEMI, é constituída por um médico e um enfermeiro, com competências avançadas na abordagem do doente crítico e em técnicas de reanimação, de rápida ativação, através da rede telefónica interna, nos termos da Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, de 22 de junho de 2010, da Direção-Geral da Saúde, na sua atual redação, e do Despacho 9639/2018, de 3 de outubro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 198, de 15 de outubro.

Artigo 77º

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

1. A Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, adiante designada por EIHSCP, é uma equipa multidisciplinar, integrada no Serviço Integrado de Cuidados Paliativos.
2. A EIHSCP tem, assegura entre outras, as seguintes funções:
 - a) Aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias;

Controlo – Versões / Revisões

Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
		Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2014
		Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2014
		Homologação	Ministério da Saúde	
Página 57 de 102	3.0	1		

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- b) Assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação;
 - c) A comunicação dos profissionais com a família;
3. A EIHS CP articula-se e complementa-se com outras unidades e equipas da instituição de saúde onde se encontra integrada.
 4. As instituições hospitalares integradas no Serviço Nacional de Saúde, com Serviço ou Departamento de Pediatria, devem constituir uma EIHS CP-Pediátrica, dimensionada às características e necessidades locais, que pode prestar cuidados diretos e orientação na execução do plano individual de cuidados às crianças e jovens em situação de doença crónica complexa e suas famílias, para as quais seja solicitada a sua intervenção.

Artigo 78º

Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

1. A Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, adiante designada por ECSCP encontra-se integrada no Serviço Integrado de Cuidados Paliativos.
2. A ECSCP é uma equipa interdisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros
3. A ECSCP presta cuidados domiciliários de modo a garantir a permanência do doente em fim de vida no seu ambiente comunitário e familiar.
4. A ECSCP desenvolve a sua atividade de forma autónoma do ponto de vista técnico, em estreita articulação com as diferentes unidades e equipas de saúde e apoio social que prestam cuidados ao doente.

Secção III- Área da Saúde Pública

Artigo 79º

Departamento de Saúde Pública e das Populações

1. O Departamento de Saúde Pública e das Populações (DSPP) integra:
 - Unidade de Saúde Pública (USP):
 - Polo de Alcácer do Sal;
 - Polo de Grândola;

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 58 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- Polo de Santiago do Cacém, sede da Unidade;
 - Polo de Sines;
 - Polo de Odemira
- Centro de Vacinação Internacional (CVI);
- Serviço de Investigação, Epidemiologia e de Saúde Pública (SIESP)).
2. Os recursos humanos do Departamento e respetivas Unidades Funcionais podem ser internamente partilhados e mobilizados temporariamente, desde que a Direção de Departamento assim o entenda, de forma a suprir as dificuldades de recursos num determinado período.

Subsecção I- Cargos de Direção e Chefia

Artigo 80º

Direção do Departamento

1. A Direção do Departamento integra, em regra, um Diretor Médico, um Enfermeiro/Técnico Coordenador e um Gestor.
2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, o Diretor do Departamento de Saúde Comunitária, por equiparação ao regime legal estatuído para os Diretores Executivos, pode ter formação noutra área que não médica.
3. Os cargos de Direção do Departamento são nomeados pelo Conselho de Administração, precedendo concurso, em regime de comissão de serviço, por um período de três anos, acompanhando em regra, o mandato do Conselho de Administração, podendo esta ser dada por finda, a todo o tempo:
 - a) Por incumprimento ou desvios graves, e sem justificação atendível, do contrato-programa;
 - b) Na sequência de procedimento disciplinar;
 - c) Por requerimento do interessado, mediante um pré-aviso de 60 (sessenta dias).
4. Aos cargos de Direção dos Departamentos, será atribuído um suplemento remuneratório fixado pelo Conselho de Administração,
5. O Gestor poderá acumular a gestão de vários Departamentos e ou Serviços, sem qualquer acréscimo na remuneração.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
			Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
Página 59 de 102	3.0	1	Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 81º

Diretor de departamento

1. Os diretores de departamento são nomeados pelo Conselho de Administração, em comissão de serviço, por um período de 3 anos, de entre médicos e, preferencialmente, com evidência curricular de gestão e com maior graduação na carreira médica.
2. Os processos de recrutamento obedecem à legislação em vigor.
3. Compete ao diretor de departamento, com a salvaguarda das competências técnicas e científicas atribuídas a outros profissionais:
 - a) Promover, coordenar e acompanhar as iniciativas técnico-científicas, de investigação e de ensaios clínicos do departamento;
 - b) Compatibilizar e propor os planos de ação preparados pelos diversos serviços e unidades funcionais do departamento com vista à sua integração no plano de atividades e orçamento;
 - d) Garantir a eficiente utilização da capacidade instalada, designadamente pelo pleno aproveitamento dos equipamentos e infraestruturas existentes e pela diversificação do regime de horário de trabalho, de modo a alcançar uma taxa ótima da utilização dos recursos disponíveis;
 - e) Definir, propor e adotar as medidas adequadas à máxima rentabilização da capacidade instalada do departamento, designadamente através de uma utilização não compartimentada da mesma, bem como acompanhar o sistema de avaliação;
 - f) Propor e adotar as medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, funcionais e físicas do departamento, com vista ao incremento da eficiência conjunta da utilização dos recursos disponíveis, ao aumento da sua eficácia e à obtenção dos melhores resultados;
 - g) Preparar informações, relatórios e outros documentos com a periodicidade adequada e submetê-los ao Conselho de Administração de forma a mantê-lo constantemente informado;
 - h) Assegurar a máxima integração da atividade dos serviços e unidades funcionais do departamento, designadamente através da partilha de instalações e equipamento, multidisciplinaridade de atuação e desenvolvimento de projetos comuns, nomeadamente através de estruturas matriciais e transversais de prestação de cuidados;

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 60 de 102	3.0	1	Revisão Aprovação Homologação	Conselho de Administração da ULSLA Conselho de Administração da ULSLA Ministério da Saúde	30/09/204 31/10/2024

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- i) Promover a elaboração de normas de orientação clínica em colaboração com as direções de serviço e unidades funcionais e garantir que toda a atividade do departamento se orienta para a sua observância;
- j) Desenvolver a implementação de instrumentos de garantia de qualidade técnica e clínica dos serviços e unidades funcionais do departamento, nomeadamente através de uma prática suportada na auditoria clínica;
- k) Velar pela constante atualização do pessoal, designadamente a que promova a multidisciplinaridade e intersectorialidade interna, bem como pelos aspetos relativos à execução da política de recursos humanos definida para a instituição;
- l) Assegurar a atualização e a revisão de processos clínicos com o objetivo de garantir o sistema de registo e a codificação;
- m) Elaborar proposta de regulamento interno do departamento, com a colaboração dos restantes membros do conselho de gestão.

Artigo 82º

Diretor de Serviço

1. Os diretores dos serviços de natureza assistencial são nomeados pelo Conselho de Administração, em comissão de serviço, por um período de três anos, de entre médicos, inscritos no colégio da especialidade da Ordem dos Médicos, correspondente à área clínica onde vão prestar funções e, preferencialmente, com evidência curricular de gestão e com maior graduação na carreira médica.
2. Os processos de recrutamento obedecem à legislação em vigor.
3. Compete ao diretor de serviço, com a salvaguarda das competências técnicas e científicas atribuídas a outros profissionais:
 - a) Definir a organização da prestação de cuidados de saúde e emitir orientações, na observância das normas emitidas pelas entidades competentes;
 - b) Elaborar o plano anual de atividades e orçamento do serviço;
 - c) Analisar mensalmente os desvios verificados face à atividade esperada e às verbas orçamentadas, corrigi-los ou, sendo necessário, propor medidas corretivas ao diretor de departamento, ou ao diretor clínico, sempre que aplicável;
 - d) Assegurar a produtividade e eficiência dos cuidados de saúde prestados e proceder à sua
 - e) avaliação sistemática;

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 51 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- f) Acompanhar a realização de ensaios clínicos ou outras atividades promocionais em que esteja envolvido o nome do estabelecimento ou o serviço do hospital sem colidir com o disposto no número anterior;
- g) Promover a aplicação dos programas de controlo de qualidade e de produtividade, zelando por uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde;
- h) Propor ao Diretor Clínico ou de departamento, quando necessário, a realização de auditorias clínicas;
- i) Propor a celebração de protocolos de colaboração ou apoio, contratos de prestação de serviço ou convenções com profissionais de saúde e instituições, públicas e privadas, no âmbito das suas atividades e para a prossecução dos objetivos definidos;
- j) Garantir a atualização das técnicas utilizadas, promovendo por si ou propondo aos órgãos competentes as iniciativas aconselháveis para a valorização, o aperfeiçoamento e a formação profissional do pessoal em serviço, e organizar e supervisionar todas as atividades de formação e investigação;
- k) Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas em resposta a reclamações apresentadas pelos utentes;
- l) Assegurar a gestão adequada dos recursos humanos, incluindo a avaliação interna do desempenho global dos profissionais, dentro dos parâmetros estabelecidos;
- m) Exercer o poder disciplinar sobre todo o pessoal, independentemente do regime de trabalho que o liga à ULSLA;
- n) Zelar pela implementação e manutenção de um sistema de controlo interno eficaz nos moldes do mencionado no artigo 57.º do presente Regulamento destinado a assegurar a salvaguarda dos ativos, a integridade e fiabilidade do sistema de informação e a observância das leis, regulamentos e das normas aplicáveis, assim como o acompanhamento dos objetivos globais definidos;
- o) Zelar pelo cumprimento do programa do RGPC, nas responsabilidades que lhes são atribuídas;
- p) Garantir o registo atempado e correto da contabilização dos atos clínicos e providenciar pela gestão dos bens e equipamentos do serviço;
- q) Assegurar a gestão adequada e o controlo dos consumos dos produtos mais significativos, nomeadamente medicamentos e material clínico.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 62 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

4. O diretor de serviço pode delegar as suas competências, reservando sempre para si o controlo da atividade do mesmo.

Artigo 83º

Coordenação das Áreas de Gestão Integrada

A Coordenação das Áreas de Gestão Integrada é atribuída a um Coordenador, designado de entre os médicos do Serviço ou Unidades que a compõem, e um enfermeiro nomeado em funções de direção, nos casos em que a estrutura, dimensão ou natureza da área de gestão integrada o justifique, podem ser nomeados, sob proposta do Coordenador, elementos de outras carreiras profissionais para criar uma equipa de coordenação.

Artigo 84º

Coordenador das Áreas de Gestão Integrada

Ao Coordenador das Áreas de Gestão Integrada compete, sem prejuízo de outras competências que lhe sejam atribuídas:

- a) Planear e dirigir os respetivos serviços e unidades que constituem as Áreas de Gestão Integrada, sendo responsável pela correção e prontidão dos cuidados de saúde a prestar aos utentes, bem como pela utilização e eficiente aproveitamento dos recursos postos à sua disposição;
- b) Elaborar e submeter ao CA o regulamento interno das Áreas de Gestão Integrada que coordena;
- c) Zelar pelo rigoroso cumprimento do Regulamento Interno do Serviço;
- d) Elaborar o Plano Anual de Atividades e o Relatório Anual de Atividades;
- e) Definir a organização da prestação de cuidados de saúde e emitir orientações na observância das normas emitidas pelas entidades competentes;
- f) Fazer o acompanhamento da atividade do Serviço, avaliando os níveis de qualidade, produtividade e custos, identificando eventuais desvios e promovendo as intervenções necessárias e adequadas à sua prevenção e correção, recorrendo a um sistema de monitorização;
- g) Promover a aplicação dos programas do controlo de qualidade e de produtividade, zelando por uma melhoria contínua de qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente através da elaboração de manuais de procedimentos ou documentação de suporte equivalente.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 63 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 85º

Coordenação das Unidades de Cuidados de Saúde Primários

As Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, as Unidades de Cuidados na Comunidade são coordenadas de acordo com as normas definidas pela legislação em vigor.

Artigo 86º

Enfermeiro gestor e Enfermeiro com funções de Direção

1. Os serviços e unidades funcionais previstas neste regulamento são, no âmbito da enfermagem, dirigidos por um enfermeiro gestor ou enfermeiro nomeado em funções de chefia, nomeado pelo Conselho de Administração, sob proposta do Enfermeiro Diretor, sendo as suas competências as previstas no artigo 10.º-B do Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio.
2. São exceções ao ponto anterior as situações previstas em legislação específica, nomeadamente as Unidades de Saúde Familiares, Unidades de Cuidados na Comunidade e Centros de Responsabilidade Integrada.
3. Os departamentos previstos neste regulamento são, no âmbito da enfermagem, dirigidos por um enfermeiro gestor, nomeado pelo Conselho de Administração em funções de direção, sob proposta do Enfermeiro Diretor, sendo as suas competências as previstas no artigo nº12º-C, do Decreto-Lei nº71/2019, de 27 de maio.

Artigo 87º

Gestor

São competências do gestor, dentro das orientações estratégicas e operacionais estabelecidas pelo Conselho de Administração:

- a) Coordenar e elaborar, em colaboração com os demais elementos do conselho de gestão do departamento e/ou do CRI e/ou a direção do serviço e/ou a coordenação da unidade funcional autónoma, o Plano de Ação Anual e Plurianual da atividade e desempenho assistencial, incluindo o Plano de Investimentos e o Plano de Formação e Investigação, bem como o respetivo orçamento, para realização da contratualização com o Conselho de Administração;
- b) Coordenar e elaborar, em colaboração com os demais elementos do conselho de gestão do departamento e/ou do CRI e/ou a direção do serviço e/ou a coordenação da unidade funcional autónoma, o Relatório Anual de Atividade, que avalie as atividades realizadas e o grau de

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 64 de 102	3.0	1	Revisão Aprovação Homologação	Conselho de Administração da ULSLA Conselho de Administração da ULSLA Ministério da Saúde	30/09/204 31/10/2024

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- cumprimento dos indicadores previstos no plano de ação, variações na capacidade instalada, investimento concretizado e exercício financeiro;
- c) Dinamizar e assegurar a implementação dos planos de atividades aprovados, em articulação os demais elementos do conselho de gestão do departamento e/ou do CRI e/ou a direção do serviço e/ou a coordenação da unidade funcional autónoma;
 - d) Acompanhar e monitorizar a execução da atividade contratualizada e das metas e objetivos de desempenho definidos, articulando com a direção do serviço e/ou a coordenação da unidade funcional autónoma, a elaboração de proposta de medidas corretivas com vista ao cumprimento do contratualizado;
 - e) Promover uma gestão otimizada dos recursos (humanos, materiais ou outros), potenciando a capacidade instalada e promovendo a sustentabilidade económico e financeira da instituição;
 - f) Validar da qualidade/fiabilidade da informação de contabilidade analítica afeta às unidades orgânicas vs. centros de custos, nos termos do Plano de Contabilidade Analítica das ULS;
 - g) Identificar oportunidades de melhoria organizacional e dinamizar a adoção de sistemas de melhoria contínua da qualidade, promovendo a revisão e melhoria dos processos e resultados das unidades e serviços que dirige ou coadjuva;
 - h) Assegurar a implementação das ações previstas em projetos específicos a desenvolver nos departamentos/CRI/serviços/unidades funcionais, zelando pelo cumprimento de prazos, metas e objetivos, em articulação com os profissionais envolvidos nesses projetos;
 - i) Identificar e promover a articulação e integração entre os vários níveis da prestação de cuidados, a nível interno da ULSLA, e com outras instituições de saúde;
 - j) Desenvolver as atividades consultivas, de estudo, planeamento, programação, avaliação e aplicação de métodos e processos que fundamentem e preparem decisões da direção do serviço e/ou da coordenação da unidade funcional autónoma, que gere ou coadjuva;
 - k) Elaborar pareceres/projetos, como contributo para as tomadas de decisão do Conselho de Administração;
 - l) Integrar júris de concursos, ou outras atividades de avaliação, dentro da sua área de competência;
 - m) Zelar pela implementação e manutenção de um sistema de controlo interno eficaz;
 - n) Zelar pelo cumprimento do programa do RGPC.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 65 de 102	3,0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 88º

Técnico Superior Diretor

1. As competências da direção dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, encontram-se previstas na legislação em vigor.
2. O técnico superior diretor é, por inerência, presidente do conselho técnico, tendo, em caso de empate, voto de qualidade.

Artigo 89º

Técnico Coordenador

1. As competências do Técnico Coordenador, regem-se pelo disposto na legislação em vigor.
2. Nos casos em que a estrutura, a dimensão ou a natureza do serviço o justifique, podem ser designados pelo técnico coordenador outros técnicos para o exercício de funções de subcoordenação, nos quais o primeiro pode delegar qualquer uma das suas competências.

Artigo 90º

Chefe de Equipa de Urgência

1. Cada turno de urgência deve ser dirigido por um chefe de equipa de urgência preferencialmente e sempre que possível, com a categoria de assistente graduado sénior ou assistente graduado
2. As competências do chefe de equipa de urgência, regem-se pelo disposto no Regulamento n.º 1029-A/2022, de 24 de outubro, nomeadamente:
 - a) A coordenação das atividades e da qualidade técnica da prestação dos serviços pela equipa de urgência que dirige, resolvendo as questões que lhe sejam colocadas durante a respetiva escala, incluindo a coordenação;
 - b) Da transferência de doentes;
 - c) Dos serviços do hospital fora das horas normais de presença ou funcionamento do Conselho de Administração;
 - d) Do internamento;
 - e) Das entradas no bloco, e reportando-as superiormente, caso se mostre necessário.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
			Revisão	Conselho de Administração da ULSIA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSIA	31/10/2024
Página 66 de 102	3.0	1	Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Secção IV- Área de Apoio à Prestação de Cuidados

Artigo 91º

Área de Apoio à Prestação de Cuidados

1. A área de apoio à prestação de cuidados é suportada por uma estrutura que comporta serviços e equipas.
2. A criação, modificação e extinção dos serviços, unidades funcionais, equipas e gabinetes são da competência do Conselho de Administração.
3. Os serviços, unidades funcionais, equipas e gabinetes da área de apoio clínico e técnico aos cuidados de saúde, devem pugnar pela existência do respetivo regulamento de funcionamento.
4. O trabalho desenvolvido por cada serviço, unidade funcional, equipa e gabinete deve integrar o planeamento das suas atividades e respetivo relatório de atividades, a remeter ao Conselho de Administração.
5. A área de apoio à prestação de cuidados é composta pelos seguintes serviços, unidades funcionais, equipas e gabinetes:
 - a) Serviço de Nutrição e Dietética;
 - b) Serviço de Psicologia Clínica e de Saúde;
 - c) Serviço de Saúde Oral;
 - d) Serviços Farmacêuticos;
 - e) Serviço Social;
 - f) Serviço de Esterilização Centralizado;
 - g) Junta médica de avaliação de incapacidade das pessoas com deficiência.

Artigo 92º

Serviço de Nutrição e Dietética

1. O Serviço de Nutrição e Dietética, adiante designado por SND, é coordenado por um nutricionista/dietista, com autonomia científica, técnica e funcional, nomeado/a pelo Conselho de Administração, sob proposta do grupo profissional, de acordo com a legislação em vigor.
2. A remuneração a auferir será definida em sede de regulamento de atribuição de suplementos remuneratórios
3. O Serviço de Nutrição e Dietética tem por finalidade:

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 67 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- a) Garantir o funcionamento da consulta de nutrição e dietética a nível hospitalar e de cuidados de saúde primários em articulação com outras especialidades;
 - b) Contribuir para a otimização da nutrição e do suporte metabólico dos doentes;
 - c) Contribuir ativamente para a capacitação dos profissionais da ULSLA e dos cidadãos, assim como para o aumento da literacia em saúde, em particular dos cidadãos pertencentes a grupos de risco e vulneráveis;
 - d) Colaborar com outras entidades que disponibilizam refeições, nomeadamente, escolas e outras estruturas de apoio social, no controlo da qualidade global dos alimentos e das condições de higiene e segurança na confeção dos alimentos, na ótica formativa e em articulação com a USP;
 - e) Elaborar, organizar, implementar e participar em projetos ou ações de promoção da saúde e de prevenção da doença com unidades da ULSLA ou com parceiros comunitários;
 - f) Participar nos processos de contratação do fornecimento externo da alimentação a doentes e trabalhadores;
 - g) Controlar a qualidade dos alimentos consumidos na ULSLA, por doentes e trabalhadores;
 - h) Controlar os processos de requisição das dietas e respetivo fornecimento;
 - i) Participar nos processos de aquisição dos produtos alimentares e dietéticos;
4. O SND deve, até 60 dias após nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 93º

Serviço de Psicologia Clínica e da Saúde

1. O Serviço de Psicologia Clínica e da Saúde, adiante designado por SPCS, é coordenada por um/a Psicólogo/a Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde, com autonomia científica, técnica e funcional, nomeado/a pelo Conselho de Administração, sob proposta do grupo profissional, de acordo com a legislação em vigor.
2. A remuneração a auferir será definida em sede de regulamento de atribuição de suplementos remuneratórios.
3. A equipa do Serviço de Psicologia Clínica e da Saúde é constituída por todos os psicólogos a desempenharem funções nesta Unidade Local de Saúde, independentemente das especialidades que detenham.
4. Compete ao Serviço de Psicologia Clínica e da Saúde:

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 68 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- a) Realizar a avaliação psicológica, diagnóstico e estudo psicológico de indivíduos, grupos ou comunidades;
 - b) Participar em programas e atividades de educação para a saúde;
 - c) Colaborar nas ações comunitárias que visem a promoção e prevenção das doenças;
 - d) Efetuar aconselhamento psicológico individual, familiar ou de grupo;
 - e) Efetuar intervenções psicológicas e psicoterapia;
 - f) Identificar equipamento e instrumentos de trabalho específicos da Psicologia, devidamente adaptados e validados para a população portuguesa;
 - g) Responsabilizar-se pela escolha, administração e utilização do equipamento técnico e dos instrumentos específicos da Psicologia;
 - h) Participar em projetos de investigação e/ou formação (gestão, conceção e avaliação), nomeadamente nos domínios que envolvem o comportamento individual ou de grupo.
 - i) Identificar, planear e contratualizar serviços de Psicologia com outras Unidades ou Serviços da Instituição para todas as prestações de serviço a efetuar pelos psicólogos;
 - j) Organizar ações de formação na área da Psicologia em estreita colaboração com a gestão de recursos humanos/Gabinete de Formação, Investigação e Inovação;
 - k) Colaborar na realização de ações de formação específicas da Psicologia em articulação com outros serviços e especialidades;
 - l) Articular a sua ação com outras áreas, tais como a Segurança Social, Justiça e Sistema Educativo, de modo a efetuar um diagnóstico correto e intervenções psicológicas mais adequadas às situações, através de sinergias e protocolos de articulação;
 - m) Desenvolver ações de sensibilização e informação aos utentes sobre saúde psicológica e acesso a estes cuidados;
 - n) Colaborar com os órgãos de direção, administração e gestão da instituição em que se inserem e contribuir para a melhoria contínua das organizações onde se inserem.
 - o) Integrar comissões e grupos de trabalho de âmbito institucional, nomeadamente
 - p) Comissões de Ética;
 - q) Contribuir para a formação académica e Profissional em Psicologia (fomentar e desenvolver a intervenção, supervisão, autocuidado, formação profissional contínua dos psicólogos);
5. O desenvolvimento da sua atividade é realizado de acordo com os termos propostos no respetivo Regulamento Interno do Serviço de Psicologia Clínica e da Saúde aprovado pelo Conselho de Administração.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 69 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

6. O SPCS, deve, até 60 dias após nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento

Artigo 94º

Serviço de Saúde Oral

1. O Serviço de Saúde Oral, adiante designado por SSO, é uma estrutura organizacional integrada na ULSLA com autonomia técnica, integrando profissionais de saúde oral, de acordo com as suas competências funcionais, nomeadamente higienistas orais, médicos dentistas, entre outros, que possam ser integrados de acordo com o seu nível de competências de cuidados, de forma a realizar atividades de prevenção, promoção da saúde e cuidados terciários na área da saúde oral.
2. O serviço de saúde oral tem como missão prestar cuidados de saúde oral aos utentes da ULSLA, garantindo a acessibilidade a estes cuidados, que se pretendem de qualidade e eficiência, procurando o bem-estar como um todo, da população.
3. Ao serviço compete:
 - a) Receber e encaminhar as referências em SClínico, designadamente situações clínicas de utentes com necessidade de intervenção no âmbito da saúde oral preventiva ou de tratamentos dentários;
 - b) Realizar as consultas de saúde oral, contribuindo para prevenção da doença oral, diagnóstico precoce, tratamento e manutenção da saúde, no plano individual e no comunitário.
4. O SSO, deve, até 60 dias após nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento

Artigo 95º

Serviços Farmacêuticos

1. Os Serviços Farmacêuticos, adiante designados por SF, regem-se e fazem cumprir a legislação específica em vigor.
2. Os SF da ULSLA, são dotados de autonomia técnica e têm por finalidade o exercício das atividades de farmácia hospitalar, de acordo com a legislação em vigor e demais normas regulamentares, incluindo o presente regulamento.
3. Os SF são dirigidos por um farmacêutico especialista em farmácia hospitalar, nomeado pelo Conselho de Administração, sob proposta da Direção Clínica, em regime de comissão de serviço por um período de três anos, obedecendo aos termos previstos na legislação em vigor.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
			Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
	3.0	1	Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
Página 70 de 102			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

4. A remuneração a auferir será a definida em sede de regulamento de atribuição de suplementos remuneratórios.
5. O Diretor dos SF é o ponto focal da ULSLA perante o INFARMED.
6. Os SF têm as seguintes funções:
 - a) Garantir a disponibilização de medicamentos aos diversos serviços da ULSLA;
 - b) Estabelecer sistemas eficazes e seguros de armazenagem e de distribuição e administração de medicamentos e outros produtos farmacêuticos;
 - c) Garantir a disponibilização em ambulatório de medicamentos de dispensa hospitalar obrigatória aos utentes residentes na área de influência da ULSLA;
 - d) Garantir uma adequada gestão de stocks, incluindo lotes e validades, e contribuir ativamente, através do estudo e articulação com as Unidades/Serviços/Departamentos, incluindo os CSP, para uma utilização racional, eficiente e custo-eficácia dos medicamentos pelos profissionais ULSLA;
 - e) Assegurar o funcionamento do sistema de Farmacovigilância dos medicamentos;
 - f) Ser o responsável pela Rede de Frio da ULSLA;
 - g) Assegurar a notificação de efeitos indesejáveis dos suplementos alimentares;
 - h) Assegurar a notificação de incidentes com dispositivos médicos sob sua responsabilidade, assim como colaborar com o SGCAL nos restantes;
7. Compete também aos SF colaborar na investigação e no ensaio das suas áreas específicas, designadamente através da colaboração nos ensaios clínicos autorizados na ULSLA e restantes entidades competentes, bem como na formação e aperfeiçoamento dos profissionais.
8. O SEC deve, até 60 dias após nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento

Artigo 96º

Serviço Social

1. O Serviço Social, adiante designado por SS, é dirigido por um Técnico Superior de Serviço Social, com autonomia científica, técnica e funcional, nomeado/a pelo Conselho de Administração, sob proposta do grupo profissional, de acordo com a legislação em vigor.
2. O diretor do SS poderá ser coadjuvado por coordenadores, atenta a dimensão das unidades.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 71 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

3. A remuneração a auferir será a definida em sede de regulamento de atribuição de suplementos remuneratórios.
4. O Serviço é constituído por duas unidades funcionais:
 - a) A unidade de cuidados de saúde hospitalares;
 - b) A unidade de cuidados de saúde primários.
5. É da responsabilidade do SS:
 - a) Participar nos programas institucionais internos e externos, parcerias e ações multidisciplinares desenvolvidos nas áreas de promoção, prevenção, assistência e reabilitação.
 - b) Contribuir para a humanização e qualidade dos serviços;
 - c) Apoiar e exercer a sua atividade em articulação com os Departamentos/Serviços/Unidades/Gabinetes, nomeadamente ao nível do internamento, urgência e ambulatório, independentemente do nível de cuidados (primários, hospitalares e continuados), no cumprimento da respetiva missão e dentro das suas atribuições;
 - d) Implementar uma política de preparação efetiva das altas, em colaboração com os serviços de internamento e ambulatório, de modo a proporcionar uma rápida e adequada reintegração dos doentes na comunidade.
6. O SS deve, até 60 dias após nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 97º

Serviço de Esterilização Centralizado

1. O Serviço de Esterilização Centralizado, adiante designado por SEC, é um serviço dotado de autonomia técnica, de recursos materiais e humanos próprios, de forma a realizar, para todos os Departamentos e Unidades Funcionais da ULSLA, as atividades inerentes ao processamento centralizado dos dispositivos médicos reutilizáveis, quer sejam desinfetados ou esterilizados, necessários à prestação de cuidados ao utente, tendo em vista a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).
2. O SEC cumpre a legislação, normativo e orientações técnicas na execução das suas atividades
3. O SEC é dirigido por um profissional de enfermagem, com a categoria de especialista, com experiência e formação na área.
4. São funções do SEC:

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 72 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- a) Assegurar o processamento de todos os dispositivos médicos reutilizáveis necessários à prestação de cuidados, segundo normas que garantam a qualidade técnica e a otimização dos recursos;
 - b) Assegurar a distribuição dos dispositivos médicos desinfetados ou esterilizados aos serviços utilizadores, nas quantidades estabelecidas, observados os padrões da qualidade fixados e nos prazos determinados;
 - c) Promover as ações necessárias à correta circulação, manipulação e tratamento dos dispositivos médicos contaminados;
 - d) Promover as ações necessárias à correta circulação, armazenamento, utilização, manutenção e substituição dos dispositivos médicos desinfetados ou esterilizados.
 - e) Colaborar com o UL PPCIRA, na prevenção e controlo de infeções;
 - f) Colaborar na formação dos profissionais de saúde de forma contínua e articulada.
5. O SEC deve, até 60 dias após nomeação, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Artigo 98º

Junta médica de avaliação de incapacidade das pessoas com deficiência

1. A avaliação de incapacidade das pessoas com deficiência é efetuada por junta médica de avaliação de incapacidade (JMAI), nomeada pelo Conselho de Administração, nos termos do Decreto-Lei n.º 15/2024.
2. A ULSLA constitui uma JMAI.
3. As JMAI são constituídas por médicos especialistas, integrando um presidente, dois vogais efetivos e dois (três) suplentes, sendo o presidente substituído, nas suas faltas e impedimentos, pelo 1º vogal efetivo.
4. O presidente tem, preferencialmente, competências em avaliação do dano corporal ou em deficiência e funcionalidade, ou comprovada participação em JMAI.
5. A ULSLA assegura o apoio logístico e administrativo necessário ao funcionamento das JMAI.
6. A JMAI, na pessoa do seu presidente, apresenta o regulamento e plano de atividades, no prazo de 90 dias a contar da data da nomeação.
7. A JMAI, na pessoa do seu presidente, disponibiliza a informação solicitada pelo Conselho de Administração, para efeitos de monitorização e gestão.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 73 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Secção V- Área de apoio à gestão e logística

Artigo 99º

Estrutura e organização

1. A área de apoio à gestão e logística é suportada por uma estrutura que comporta serviços e unidades funcionais integradas em serviços e gabinetes.
2. A criação, modificação e extinção dos serviços, unidades funcionais e gabinetes são da competência do Conselho de Administração.
3. Os serviços, unidades funcionais e gabinetes da área de apoio à gestão e logística devem pugnar pela existência do respetivo regulamento de funcionamento.
4. O trabalho desenvolvido por cada serviço, unidade funcional ou gabinete deve integrar o planeamento das suas atividades e respetivo relatório de atividades, a remeter ao Conselho de Administração.

Artigo 100º

Área de Apoio à Gestão e Logística

1. A área de apoio à gestão e logística é composta pelos seguintes serviços e gabinetes:
 - a) Serviço de Gestão de Compras, Aprovisionamento e Logística
 - b) Serviço de Gestão de Doentes;
 - c) Serviço de Gestão Financeira e Patrimonial;
 - d) Serviço de Gestão de Sistemas de Informação e Tecnologias;
 - e) Serviço de Gestão de Pessoas;
 - f) Serviço de Planeamento, Contratualização e Controlo de Gestão;
 - g) Serviço de Gestão de Instalações e Equipamentos;
 - h) Serviço de Gestão Hoteleira, Segurança e Transportes;
 - i) Gabinete da Qualidade, Segurança do Doente e Gestão do Risco;
 - j) Gabinete de Gestão Documental e Reengenharia de Processos;
 - k) Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho
 - l) Serviço de Formação, Investigação e Inovação;
 - m) Gabinete de Biblioteca e Documentação;
 - n) Gabinete Jurídico;
 - o) Gabinete de Comunicação e Imagem;

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 74 de 102	3.0	1	Revisão Aprovação Homologação	Conselho de Administração da ULSLA Conselho de Administração da ULSLA Ministério da Saúde	30/09/204 31/10/2024

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- p) Gabinete do Cidadão;
 - q) Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa;
 - r) Gabinete de Auditoria e Codificação Clínica;
 - s) Gabinete do Secretariado.
2. As estruturas atrás enumeradas visam uma articulação direta com o Conselho de Administração no sentido da garantia do cumprimento da legalidade, estando o exercício das suas competências maioritariamente definidas por legislação de suporte ou em orientações das entidades tutelares, assumindo para além da vertente consultiva uma capacidade de intervenção no âmbito das matérias que enquadram o seu funcionamento.

Artigo 101º

Serviço de Gestão de Compras, Aprovisionamento e Logística

1. O Serviço de Gestão de Compras, Aprovisionamento e Logística, adiante designado por SGCAL, é dirigido por um profissional com adequada formação e experiência, nomeado pelo Conselho de Administração, tendo em consideração o perfil e competências técnicas.
2. Compete ao SGCAL:
 - a) Planear as necessidades e adquirir todos os bens, equipamentos, serviços e empreitadas, previamente autorizados, necessários à prossecução dos objetivos da ULSLA;
 - b) Efetuar negociações, no âmbito das consultas efetuadas e dos procedimentos aprovados visando a obtenção das condições mais vantajosas para a organização, em obediência aos princípios de transparência, igualdade de oportunidades e tratamento e livre concorrência;
 - c) Armazenar, distribuir e controlar stocks assegurar a distribuição local aos Serviços Clínicos através de profissionais adstritos à logística;
3. Compete ao Diretor do Serviço assegurar uniformidade nos procedimentos, garantindo a gestão de todos os processos de acordo com a legislação em vigor particularmente do Código dos Contratos Públicos.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 75 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 102º

Serviço de Gestão de Doentes

1. O Serviço de Gestão de Doentes, adiante designado por SGD tem como missão acolher, integrar, orientar e informar os utentes, bem como apoiar o funcionamento de outros serviços da ULSLA, designadamente dos serviços clínicos.
2. O SGD é dirigido por um profissional com adequada formação e experiência, nomeado pelo Conselho de Administração, tendo em consideração o perfil e competências técnicas.
3. O SGS engloba as seguintes áreas:
 - a) Gestão de utentes;
 - b) Admissão de doentes;
 - c) Arquivo clínico.
4. O SGD integra ainda a Unidade Local de Gestão do Acesso (ULGA) que é a estrutura responsável pela gestão do acesso aos cuidados de saúde e pelo cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos nos termos da legislação em vigor.
5. Os colaboradores que operem nas áreas referidas nas alíneas a) e b) devem exercer as suas competências em articulação funcional com os responsáveis dos serviços clínicos, sem prejuízo de hierarquicamente reportarem à direção do serviço de gestão de utentes.
6. Mantém-se em todo o caso a competência para a elaboração de horários, avaliação de desempenho e definição dos procedimentos técnicos desses colaboradores na direção do serviço de gestão de doentes, em articulação com os responsáveis mencionados.
7. É da competência do SGD, nomeadamente:
 - a) Organizar e manter um sistema de informação público sobre as atividades e serviços da ULSLA e sobre os direitos e deveres dos utentes, através dos meios de comunicação apropriados aos utentes atuais e potenciais da ULSLA, em articulação com o gabinete de comunicação e imagem;
 - b) Organizar e manter, em articulação com o serviço de instalações e equipamentos e gabinete de comunicação e imagem, o sistema de sinalização interna e de auto encaminhamento dos utentes em todas as unidades da ULSLA;
 - c) Organizar e manter o sistema de atendimento personalizado aos utentes, presencialmente ou por outros meios de comunicação, para informação sobre a marcação e alteração de atos médicos ou exames de diagnóstico e terapêutica;

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 76 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- d) Organizar e manter o sistema centralizado de informação externa sobre o estado clínico, nascimento ou óbito dos utentes;
- e) Organizar e gerir o secretariado clínico e os gabinetes de consulta;
- f) Marcar e alterar datas de atos médicos ou exames de diagnóstico e terapêutica, quando solicitado pelos utentes, médicos ou profissionais responsáveis da ULSLA;
- g) Registrar a identificação dos utentes e da entidade responsável pela faturação antes do início da consulta ou do exame ou, em caso de urgência ou impedimento, diligenciar no sentido de preencher lacunas de informação que possam existir;
- h) Abrir ou instruir o processo clínico individual do utente quanto a dados pessoais e administrativos e encaminhá-lo devidamente para o competente tratamento;
- i) Assegurar os registos administrativos, contabilísticos e estatísticos regulamentares após a realização de consultas ou exames de diagnóstico ou terapêutica e, se for caso disso, cobrar a receita aplicável;
- j) Instruir os processos para assistência médica noutra unidade de saúde, hospital ou unidade local de saúde;
- k) Organizar e controlar em estreita articulação com o Serviço de Gestão Hoteleira, Segurança e Transportes, o transporte de doentes;
- l) Assegurar o processamento e tratamento de informação relativa aos grupos de diagnósticos homogéneos;
- m) Organizar e manter o arquivo ativo dos processos individuais do utente;
- n) Gerir o adequado apoio administrativo aos serviços de prestação de cuidados, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, arquivo clínico, nomeadamente em questões relacionadas com estatística, grupos de diagnóstico e terapêutica e grupos de diagnósticos homogéneos;
- o) Organizar relatórios estatísticos dos utentes e das atividades da ULSLA relacionados com este serviço.

Artigo 103º

Unidade Local de Gestão de Acesso

1. A Unidade Local de Gestão do Acesso, adiante designada por ULGA, tem como missão prosseguir os objetivos fixados no âmbito do sistema integrado de gestão do acesso do SNS (SIGA SNS) através da

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 77 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

gestão do acesso aos cuidados de saúde e pelo cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos nas diferentes linhas de atividade da instituição

2. De acordo com a legislação em vigor, à unidade local de gestão do acesso compete, nomeadamente:
- a) Centralizar a gestão de inscritos na lista de inscritos;
 - b) Controlar e supervisionar o registo dos utentes na lista de inscritos;
 - c) Zelar pelo cumprimento das normas aplicáveis ao SIGA SNS e respetivos regulamentos;
 - d) Assegurar a atualização permanente da informação administrativa e clínica respeitante a cada utente registado na lista de inscritos;
 - e) Informar e acompanhar os utentes para esclarecimento de todos os aspetos administrativos relacionados com a sua situação na lista de inscritos, incluindo a resposta a sugestões e o encaminhamento das reclamações para as unidades regionais de gestão do acesso e unidade de gestão do acesso;
 - f) Preparar a informação necessária para o planeamento, a gestão e a tomada de decisões relativos à lista de inscritos, para distribuição às diversas unidades orgânicas da instituição e para posterior relatório às entidades supervisoras;
 - g) Promover a realização de reuniões, com todos os serviços envolvidos no processo, para acompanhamento da sua atividade;
 - h) Avaliar e reportar às unidades regionais de gestão do acesso e unidade de gestão do acesso toda a informação que seja por estas considerada pertinente, designadamente sobre a produção base e adicional, contratualizada e realizada, a evolução da lista de inscritos, a capacidade técnica da instituição, a capacidade instalada, os recursos e a utilização das instalações;
 - i) Garantir o registo e a transferência para a plataforma informática do SIGA SNS, no prazo legalmente estabelecido, da lista de inscritos, produção prevista e produção realizada;
 - j) Informar mensalmente as unidades regionais de gestão do acesso e unidade de gestão do acesso a respeito da gestão do SIGA SNS, de acordo com os indicadores que venham a ser definidos para a prática de monitorização;
 - k) Garantir a disponibilidade, a atualidade e a qualidade da informação requerida pela plataforma informática do SIGA SNS, de acordo com as especificações emanadas pela unidade de gestão do acesso;
 - l) Registrar e monitorizar as não conformidades;
 - m) Supervisionar a operacionalidade dos meios informáticos de modo a garantir a sua adequação aos requisitos de recolha e transmissão de informação definidos pela unidade de gestão do acesso;

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 78 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- n) Esclarecer dúvidas aos utentes, acompanhá-los e aconselhá-los durante todo o processo de transferência, no âmbito do SIGIC.

Artigo 104º

Serviço de Gestão Financeira e Patrimonial

1. O Serviço de Gestão Financeira e Patrimonial, adiante designado por SGFP, é dirigido por um profissional com adequada formação e experiência, nomeado pelo Conselho de Administração, tendo em consideração o perfil e competências técnicas.
2. Compete ao SGFP:
 - a) Elaborar o orçamento, nos termos definidos pelo órgão de gestão, e acompanhar a execução orçamental;
 - b) Realizar as operações de abertura e encerramento e prestação de contas;
 - c) Proceder à contabilização dos documentos de receita e faturação de todos os serviços prestados;
 - d) Proceder à contabilização dos documentos de despesa e respetivo pagamento;
 - e) Elaborar e manter atualizada a contabilidade analítica;
 - f) Elaborar a informação económica e financeira para fins internos e externos, dando cumprimento aos deveres de informação periódica, nos termos da lei;
 - g) Gerir a tesouraria e aplicar os saldos disponíveis, nos termos das orientações do órgão de gestão;
 - h) Dar cumprimento às obrigações fiscais da organização;
 - i) Intervir junto dos serviços com que se articula de modo a garantir que receba a informação e documentação necessária em tempo útil e da forma mais adequada ao seu tratamento;
 - j) Preparar e controlar a execução financeira dos projetos de investimento objeto de financiamento externo;
 - k) Analisar a viabilidade económico-financeira de projetos de investimento e de linhas de produção, sempre que solicitado pelo Conselho de Administração.
3. Compete ainda ao Diretor do Serviço assegurar uniformidade nos procedimentos, racionalizar os recursos e propor a definição de uma política comum nesta área, ao nível da ULSLA.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 79 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 105º

Serviço de Gestão de Sistemas de Informação e Tecnologias

1. O Serviço de Gestão de Sistemas de Informação e Tecnologias, adiante designado por SGSIT, é dirigido por um profissional com adequada formação e experiência, nomeado pelo Conselho de Administração, tendo em consideração o perfil e competências técnicas.
2. O SGSIT é um Serviço de Apoio à Gestão, que desenvolve as atividades necessárias à gestão das infraestruturas de rede, gestão aplicacional e de equipamentos informáticos, adequando os recursos disponíveis às necessidades existentes.
3. Compete ao SGSIT orientar e coordenar o planeamento dos sistemas de informação da ULSLA, designadamente, propondo a estratégia relativa aos Sistemas de informação da ULSLA, definindo a infraestrutura tecnológica de suporte às estratégias para as tecnologias de informação, garantindo os princípios de segurança, confidencialidade, legalidade e integridade dos dados e sistemas.
4. Compete ao Diretor do Serviço assegurar uniformidade nos procedimentos, racionalizar os recursos e propor a definição de uma política comum nesta área, ao nível da ULSLA.

Artigo 106º

Serviço de Gestão de Pessoas

1. O Serviço de Gestão de Pessoas, adiante designado por SGP, é dirigido por um profissional com adequada formação e experiência, nomeado pelo Conselho de Administração, tendo em consideração o perfil e competências técnicas.
2. Compete ao SGP, designadamente:
 - a) Organizar e assegurar os serviços de administração de pessoal, incluindo o controlo de assiduidade e o processamento de vencimentos;
 - b) Participar na definição da política de recursos humanos e assegurar a elaboração e a gestão do plano de recursos humanos;
 - c) Gerir o sistema de carreiras dos profissionais;
 - d) Assegurar a realização do processo de avaliação de desempenho através dos Conselhos Coordenadores de Avaliação;
 - e) Assegurar as atividades inerentes ao recrutamento, seleção e acolhimento de pessoal;
 - f) Assegurar o cumprimento de todas as obrigações legais em matéria de recursos humanos;
 - g) Informar todos os processos da área dos recursos humanos para decisão superior;

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 80 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- h) Participar na definição das políticas financeira e orçamental de recursos humanos;
 - i) Colaborar na representação da ULSLA, em comissões e grupos de trabalho, de acordo com as suas competências;
 - j) Articular-se com o GFII, bem como com o SSST;
 - k) Colaborar na definição do sistema de incentivos ao bom desempenho profissional e coordenar a sua aplicação;
 - l) Elaborar o Balanço Social;
 - m) Assegurar o Serviço de Expediente.
3. Compete ao Diretor do Serviço assegurar uniformidade nos procedimentos, racionalizar os recursos e propor a definição de uma política comum nesta área, ao nível da ULSLA.

Artigo 107º

Serviço de Planeamento, Contratualização e Controlo de Gestão

1. O Serviço de Planeamento, Contratualização e Controlo de Gestão, adiante designado por SPCCG, é dirigido por um profissional com adequada formação e experiência, nomeado pelo Conselho de Administração, tendo em consideração o perfil e competências técnicas.
2. Compete ao SPCCG:
 - a) Garantir toda a produção estatística, para fins de gestão interna e para resposta atempada aos vários organismos e entidades superiores de tutela;
 - b) Disponibilizar toda a informação estatística da instituição, de forma adequada, fiável e em tempo útil;
 - c) Preparar os documentos e sistematizar a informação necessária à elaboração do processo de contratualização interna e externa;
 - d) Acompanhar, monitorizar e avaliar a execução dos objetivos estabelecidos em sede de processos de contratualização interna e externa da ULSLA.
 - e) Realizar a avaliação de desempenho da ULSLA;
 - f) Elaborar a proposta de Plano de Ação e Relatório de Atividades Anual da ULSLA e apoiar os Departamentos/Serviços/Unidades/Gabinetes na elaboração dos respetivos Planos e Relatórios, seja pela disponibilização de dados, seja pela definição dos suportes documentais que permitem essa elaboração;
 - g) Promover as ações necessárias para incrementar o grau de automatização da produção estatística;

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 81 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- h) Garantir o arquivo adequado da informação estatística;
- i) Produzir regularmente informação de gestão destinada ao Conselho de Administração e aos Diretores de Departamentos/Serviços/Unidades/Gabinetes;
- j) Efetuar análises periódicas sobre a evolução dos principais indicadores de gestão e formular recomendações sobre os desvios detetados face ao orçamento aprovado e ao contrato programa;
- k) Colaborar na disponibilização de dados e informação estatística para efeitos de estudos e projetos dos Departamentos/Serviços/Unidades/Gabinetes da ULSLA ou entidades externas devidamente autorizadas pelo Conselho de Administração.

Artigo 108º

Serviço de Gestão de Instalações e Equipamentos

1. O Serviço de Gestão de Instalações e Equipamentos, adiante designado por SGIE é dirigido por um profissional com adequada formação e experiência, nomeado pelo Conselho de Administração, tendo em consideração o perfil e competências técnicas.
2. Ao SGIE compete, designadamente:
 - a) Promover, assegurar, acompanhar, avaliar e fiscalizar a elaboração de projetos e a realização de obras;
 - b) Organizar e manter o arquivo técnico dos edifícios, das instalações técnicas especiais e do equipamento geral e médico;
 - c) Estudar e programar a manutenção dos edifícios, das instalações técnicas especiais e do equipamento geral e médico;
 - d) Manter atualizada uma base de dados informática da manutenção e revisão dos equipamentos;
 - e) Elaborar e difundir, em articulação com GPQGR, manuais de procedimentos de utilização de instalações técnicas especiais e equipamentos, de acordo com as regras de segurança e qualidade aplicáveis e as instruções dos fabricantes e fornecedores;
 - f) Assegurar a adequada manutenção e assistência técnica a bens, equipamentos, edifícios e instalações da ULSLA;
 - g) Assegurar em articulação com o SSST e com o Delegado de Segurança as atividades necessárias ao bom funcionamento e manutenção dos sistemas de apoio de emergência;
 - h) Organizar e manter atualizado o sistema de sinalização interno.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 82 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 109º

Serviço de Gestão Hoteleira, Segurança e Transportes

1. O Serviço de Gestão Hoteleira, Segurança e Transportes, adiante designado por SGHST, é dirigido por um profissional com adequada formação e experiência, nomeado pelo Conselho de Administração, tendo em consideração o perfil e competências técnicas.
2. Compete ao SGHST gerir, designadamente, as seguintes estruturas:
 - a) Alimentação;
 - b) Limpeza;
 - c) Desinfestação;
 - d) Vigilância e Segurança;
 - e) Gestão e Tratamento de Roupa;
 - f) Concessões de Explorações Comerciais;
 - g) Gestão do Parque de Estacionamento;
 - h) Gestão de Resíduos;
 - i) Áreas Comuns e Ajardinadas;
 - j) Casa Mortuária;
 - k) Unidade Central de Transportes.
3. No âmbito da unidade central de transportes, compete:
 - a) assegurar a gestão do transporte de doentes, solicitado pelos diversos serviços do HLA, para o seu domicílio, transferência, consultas, exames ou tratamentos no HLA ou noutros estabelecimentos hospitalares, assim como nos CSP;
 - b) A marcação do transporte (programado e não programado), com base nos pedidos recebidos;
 - c) A programação e planeamento das ambulâncias e Veículos Dedicados ao Transporte de Doentes Não Urgentes;
 - d) A conferência dos elementos constantes da requisição;
 - e) O registo informático dos elementos mencionados na requisição;
 - f) A conferência documental das despesas associadas ao transporte de doentes com a requisição;
 - g) O envio das faturas conformes para o SGFP, para registo contabilístico;
 - h) A devolução de fatura ao fornecedor, em caso de incorreção nos dados;
 - i) Controlar e assegurar que o transporte de doentes é realizado de acordo com a legislação em vigor, pelas diversas entidades isentas ou sujeitas a alvará de transporte de doentes;

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 83 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- j) Assegurar ainda a gestão do transporte de profissionais, bem como a gestão da frota automóvel da ULSLA, pugnando pela utilização eficiente da mesma em articulação com as restantes unidades.

Artigo 110º

Gabinete da Qualidade, Segurança do Doente e Gestão do Risco

1. O Gabinete da Qualidade, Segurança do Doente e Gestão do Risco, adiante designado por GQSDGR, é coordenado por um profissional preferencialmente com competências na área da gestão da qualidade ou do risco.
2. Compete ao GPQGR:
 - a) Propor a política geral da qualidade;
 - b) Providenciar auditorias de qualidade e fomentar práticas baseadas na evidência;
 - c) Fomentar a humanização de cuidados e o bem-estar de todos os utentes nas instalações da ULSLA;
 - d) Promover a gestão da qualidade aplicada a toda a cadeia de valor;
 - e) Promover o desenvolvimento de projetos especiais de qualidade de carácter transversal a todos os serviços da ULSLA;
 - f) Fomentar o desenvolvimento de uma cultura de garantia da qualidade e de segurança dos utentes e dos profissionais;
 - g) Propor a estratégia de gestão do risco clínico e não clínico e desenvolver uma estrutura que garanta, através de uma abordagem sistemática, a sua implementação;
 - h) Sugerir medidas que considere oportunas para a formação no âmbito da qualidade;
 - i) Desenvolver todos os procedimentos concernentes com os normativos legais em matérias de qualidade e gestão do risco;
 - j) Apresentar sugestões e recomendações relativamente ao plano de emergência externa e interna, e a necessidade de uma permanente atualização;
 - k) Definir um sistema de informação baseado em incidências e ocorrências e definir, para cada risco, estratégias de monitorização e transferências, consoante as circunstâncias;
 - l) Desenvolver e manter operacional um plano específico de segurança de pessoas e bens.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 84 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 111º

Gabinete de Gestão Documental e Reengenharia de Processos

- 1 O Gabinete de Gestão Documental e Reengenharia de Processos, adiante designado por GGDRP, terá por competência desenvolver todas as tarefas de organização e gestão da documentação na ULSLA, nomeadamente:
 - a) Implementação e manutenção do sistema de gestão documental eletrónico;
 - b) A articulação funcional de gestão documental com as diferentes estruturas da ULSLA;
 - c) Gestão do arquivo físico administrativo;
 - d) Gerir as bases de dados documentais existentes na ULSLA;
 - e) Assegurar a reengenharia e a simplificação de processos transversais à organização, com especial enfoque nos que importam melhoria de nível de serviço ao utente;
 - f) Desenvolver alternativas para a desmaterialização de processos;
 - g) Identificar desperdícios e redundâncias na articulação entre as unidades da ULSLA e contribuir para o desenvolvimento e implementação de procedimentos para a melhoria contínua da eficiência.

Artigo 112º

Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho

1. O Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho, adiante designado SSST, depende diretamente do Conselho de Administração, de acordo com a legislação em vigor.
2. O SSST tem como objetivos a prevenção dos riscos profissionais, a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores, a salvaguarda da segurança, bem-estar, conforto e integridade dos trabalhadores e o fomento de ambientes de trabalho saudáveis.
3. O SSST desenvolve as seguintes atividades:
 - a) Avaliação e gestão e do risco profissional (em estreita articulação com o domínio da Segurança do Trabalho;
 - b) Vigilância da Saúde;
 - c) Promoção da Saúde.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 85 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 113º

Serviço de Formação, Investigação e Inovação

1. O Serviço de Formação, Investigação e Inovação, adiante designado por GFII é dirigido por um profissional detentor de conhecimentos relevantes na área da saúde, e com o perfil e as competências adequadas.
2. O SFII tem como objetivo promover o desenvolvimento de atividades de investigação científica na ULSLA nomeadamente:
 - a) Estimular a criação e o desenvolvimento do pensamento crítico e do espírito científico;
 - b) Apoiar o desenvolvimento científico dos profissionais;
 - c) Articular diretamente com os contextos clínicos para a identificação de necessidades de investigação científica;
 - d) Incentivar, apoiar e desenvolver estudos de investigação científica;
 - e) Criar estruturas de suporte para o desenvolvimento de atividades de investigação científica;
 - f) Zelar pelas boas práticas, ética e integridade científica;
 - g) Apoiar a divulgação e transladação do conhecimento produzido;
 - h) Estabelecer parceria com instituições de investigação científica, de âmbito nacional e internacional;
 - i) Definir uma estratégia de investigação científica alinhada com as necessidades identificadas nos contextos clínicos da ULSLA bem como com as políticas de saúde.
3. O SFII integra núcleos de especialização de acordo com as áreas profissionais com representatividade na ULSLA nomeadamente:
 - a) Núcleo de investigação e inovação em Enfermagem;
 - b) Núcleo de investigação e inovação Médica.
4. Os Núcleos de especialização previstos no ponto 3 são autónomos na atividade de investigação científica no âmbito da sua área de intervenção, garantindo o cumprimento dos objetivos do GFII.
5. Sem prejuízo do definido no número anterior, os Núcleos de Especialização podem cooperar entre si no desenvolvimento de investigação científica, bem como no âmbito de atividades gerais dinamizadas pelo GFII.
6. Os coordenadores dos Núcleos de especialização são dotados de conhecimentos relevantes na respetiva área, preferencialmente com grau de Doutor.
7. Os Núcleos de Investigação e Inovação em Enfermagem e Médico são coordenados por, respetivamente, um enfermeiro e um médico.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 86 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

8. Sem prejuízo do definido no número 3, poderão ser criados posteriormente outros núcleos de especialização.
9. Todos os profissionais da ULSLA que desenvolvam investigação científica são elementos do GFII.

Artigo 114º

Gabinete de Biblioteca e Documentação

1. Ao Gabinete de Biblioteca e Documentação, adiante designado por GBD, compete desenvolver todas as tarefas de organização da biblioteca na ULSLA nomeadamente:
 - a) Proceder ao levantamento das necessidades de aquisição de fontes de informação;
 - b) Proceder ao tratamento técnico dos recursos de informação de acordo com instrumentos normalizados para o efeito;
2. O GBD deve procurar estabelecer parcerias com entidades públicas ou privadas para prossecução dos seus objetivos.
3. O GBD deve articular-se com todos os Departamentos/Serviços/Unidades/Gabinetes e demais estruturas no sentido de articular a sua atividade, destacando-se a imperativa articulação com o Serviço de Gestão de Pessoas.

Artigo 115º

Gabinete Jurídico

1. O Gabinete Jurídico, adiante designado por GJ tem como missão prestar assessoria jurídica ao Conselho de Administração e aos serviços que necessitem dessa assessoria, bem como patrocinar a ULSLA em ações judiciais.
2. O GJ é dirigido por um jurista, com formação adequada, preferencialmente, dotados de experiência forense.
3. O GJ detém, nomeadamente, as competências seguintes:
 - a) Emitir pareceres sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo Conselho de Administração ou por qualquer serviço;
 - b) Acompanhar a tramitação dos processos de averiguações, de inquérito ou disciplinares instaurados na ULSLA;
 - c) Recolher e compilar a documentação necessária à instrução dos processos, administrativos e judiciais, em que seja parte a ULSLA;

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 87 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- d) No âmbito do processo de contencioso, acompanhar e supervisionar o registo das prestações assistenciais sujeitas a faturação, incluindo a identificação das respetivas entidades devedoras;
- e) Em articulação com o serviço financeiro, desenvolver diligências no sentido da cobrança das dívidas, junto das entidades devedoras;
- f) Preparar o suporte documental necessário para a cobrança coerciva das dívidas, notificadas e não cobradas nos prazos designados para esse efeito;
- g) Patrocinar a ULSLA nas instâncias contenciosas e, designadamente, no âmbito das ações de efetivação da responsabilidade pelos créditos consagrados em faturação de assistência prestada e não cobrada.

Artigo 116º

Gabinete de Comunicação e Imagem

1. O Gabinete de Comunicação e Imagem, adiante designado por GCI, tem por objetivo coordenar a comunicação interna e externa da ULSGE promovendo uma comunicação transparente, fluída e eficaz, bem como coordenar e promover ações de comunicação institucionais.
2. Compete ao Gabinete de Comunicação e Imagem, nomeadamente:
 - a) Organizar e gerir a comunicação com os *stakeholders* internos e externos da ULSLA;
 - b) Gerir as relações com a Comunicação Social;
 - c) Assessorar o Conselho de Administração relativamente à imagem pública da instituição;
 - d) Divulgar factos e eventos de interesse a nível interno e externo à instituição;
 - e) Monitorizar a produção interna de documentação institucional, pugnando pela sua uniformização, em articulação com Gabinete da Qualidade, Segurança do Doente e Gestão do Risco e com a Comissão de Humanização;
 - f) Apoio aos Serviços e Unidades em campanhas de Literacia em Saúde;
 - g) Produzir e gerir os conteúdos para o site da organização, intranet e outras publicações;
 - h) Gerir os espaços públicos de divulgação da informação na organização;
 - i) Organizar eventos da ULSLA nos termos das orientações do Conselho de Administração.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 88 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação Homologação	Conselho de Administração da ULSLA Ministério da Saúde	31/10/2024

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 117º

Gabinete do Cidadão

1. O Gabinete do Cidadão, adiante designado por GC, é uma unidade funcional de apoio técnico que tem por missão receber e tratar as opiniões, sugestões, reclamações e elogios dos utentes, bem como prestar informações sobre os seus direitos e deveres, executando os procedimentos previstos nas disposições legais e regulamentares aplicáveis ao Gabinete, nomeadamente os previstos no Despacho n.º 8958/2013 do Secretário Estado Adjunto do Ministério da Saúde.
2. As competências e o funcionamento do gabinete do cidadão constam de regulamento próprio, aprovado pelo Conselho de Administração.

Artigo 118º

Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa

1. Aos doentes atendidos e internados na ULSLA é reconhecido o direito à assistência espiritual e religiosa, nos termos da legislação em vigor, o que determina o direito de livre acesso dos ministros de todos os cultos aos doentes internados, de acordo com a opção dos mesmos.
2. As eventuais restrições a este direito, legalmente consagrado e referido no número anterior, apenas podem ocorrer por motivos funcionais, de segurança ou outros que se justifiquem, devendo ser promovida a audiência prévia, sempre que possível, do respetivo ministro do culto.

Artigo 119º

Gabinete de Auditoria e Codificação Clínica

1. O Gabinete de Auditoria e Codificação Clínica, adiante designado por GACC, é composto por médicos codificadores internos, um dos quais coordenador, nomeados pelo Conselho de Administração.
2. A este gabinete compete, genericamente:
 - a) Orientar a codificação clínica e assegurar a respetiva qualidade técnica;
 - b) Divulgar os dados das estatísticas de codificação aos respetivos serviços;
 - c) Fomentar melhoria contínua do registo clínico;
 - d) Cumprir as circulares e notas de codificação clínica emitidas pela ACSS, I.P.;
 - e) Emitir relatório trimestral, a submeter ao Conselho de Administração, sob a codificação efetuada e pendente;
 - f) Organizar e realizar auditorias à codificação clínica;

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 89 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- g) Resolver as dúvidas de codificação suscitadas.

Artigo 120º

Gabinete de Secretariado

1. O Gabinete de Secretariado, adiante designado por GS, é gerido, diretamente, pelo Presidente do Conselho de Administração.
2. Compete ao GS, designadamente:
 - a) Apoiar e secretariar o Conselho de Administração da ULSLA;
 - b) Organizar, reproduzir e divulgar toda a documentação emanada pelo Conselho de Administração.

Subsecção I- Cargos de Direção e Chefia

Artigo 121º

Designação e competências dos Diretores de serviço e dos Coordenadores de Gabinetes

1. Os Diretores de Serviço e ou os Coordenadores de Gabinetes das Áreas de Apoio à Gestão e Logística são nomeados pelo Conselho de Administração e exercem as suas funções em regime de comissão de serviço, por um período de três anos, nos termos da legislação em vigor.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, a respetiva nomeação sem prejuízo do preenchimento dos requisitos legais necessários, nomeadamente o cumprimento no disposto no artigo 99º, do DI n.º 52/2022, de 04 de agosto.
3. Compete aos Diretores/Coordenadores:
 - a) Elaborar o plano anula de atividades e orçamento do Serviço;
 - b) Planear e dirigir a atividade do seu serviço/unidade funcional/gabinete, com eficiente aproveitamento dos recursos a sua disposição;
 - c) Proceder à avaliação de desempenho dos colaboradores ao serviço nos termos e condições previstas na lei;
 - d) Exercer o poder disciplinar sobre todos os colaboradores do Serviço/Unidade Funcional/Gabinete;
 - e) Analisar, mensalmente, os desvios verificados face à atividade esperada e às verbas orçamentadas, corrigi-los ou, sendo necessário, propor medidas corretivas ao Conselho de Administração;
 - f) Promover a manutenção de um sistema de controlo interno eficaz, destinado a assegurar a salvaguarda dos ativos, a integridade e fiabilidade do seu sistema de informação e a observância das

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 90 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

- leis, dos regulamentos e das normas aplicáveis, assim como o acompanhamento dos objetivos globais definidos;
- g) Assegurar a gestão adequada dos recursos humanos, incluindo a avaliação interna do desempenho global dos profissionais, dentro dos parâmetros estabelecidos e manter a disciplina do serviço, assegurando o cumprimento integral por todo o pessoal, independentemente do regime de trabalho que o liga à ULSLA;
 - h) Promover a organização e o registo da contabilidade, bem como providenciar pela organização e cadastro dos bens, móveis e imóveis, quando aplicável;
 - i) Assegurar a gestão adequada dos artigos em armazém, o respetivo circuito e o controlo dos consumos dos produtos mais significativos, utilizando, para o efeito, as técnicas mais adequadas, quando aplicável;
 - j) Promover a aplicação dos programas de controlo de qualidade e de produtividade, zelando por uma melhoria contínua da qualidade dos serviços e propondo ao Conselho de Administração, quando necessário, a realização de auditorias;
 - k) Propor a celebração de protocolos de colaboração ou apoio, contratos de prestação de serviços ou convenções com instituições, públicas e privadas, no âmbito das suas atividades e para a prossecução dos objetivos definidos;
 - l) Zelar pela atualização das técnicas utilizadas, promovendo por si ou propondo aos órgãos competentes, as iniciativas aconselháveis para a valorização, o aperfeiçoamento e a formação profissional do pessoal em serviço, organizando e supervisionando todas as atividades de formação e investigação.
 - m) Zelar pela implementação e manutenção de um sistema de controlo interno eficaz nos termos da legislação em vigor, bem como no previsto no presente Regulamento.
 - n) Zelar pelo cumprimento do programa do RGPC.
4. O Serviços/Gabinetes devem, até 60 dias após nomeação dos seus responsáveis, elaborar e submeter ao Conselho de Administração o Regulamento Interno onde conste estrutura, composição, objetivos e funcionamento.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 91 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Capítulo V – Contratualização

Artigo 122º

Contratualização interna

1. A contratualização interna é o processo através do qual se estabelece o orçamento, incluindo a produção, metas e objetivos, estrutura de custos de proveitos, despesa e investimento, de cada estrutura intermédia de gestão da ULSLA em função do financiamento disponível e do orçamento global da ULSLA, visando o equilíbrio económico.
2. São contratualizados proveitos, custos e investimento, estabelecendo métodos de obtenção de proveitos próprios independentes do Contrato-Programa, e apostando na autonomia e responsabilização dos níveis intermédios de gestão.

Artigo 123º

Planos de atividade

1. O desenvolvimento da atividade das estruturas intermédias de gestão da ULSLA tem por base planos de atividade anuais, da responsabilidade das respetivas direções/coordenação.
2. O plano de atividades será elaborado por cada direção/coordenação assessorado pelo Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão, e submetido, até 31 de outubro do ano anterior ao que respeita, para apreciação do Conselho de Administração, devendo contemplar, entre outros aspetos, a previsão da atividade e os recursos necessários, quer de exploração, quer de manutenção e investimento.
3. Após negociação com o Conselho de Administração, será formalizada a aprovação do plano anual que constituirá o principal instrumento de avaliação da atividade das estruturas intermédias de gestão.
4. A direção/coordenação elaborará o relatório anual de gestão, a submeter à apreciação do Conselho de Administração, até 31 de março do ano seguinte ao que respeita.
5. Os serviços elaboram e submetem à apreciação da respetiva direção/conselho diretivo o plano da atividade e relatório de gestão.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 92 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Capítulo VI- Gestão de Recursos

Secção I – Financeiro e Patrimonial

Artigo 124º

Regime financeiro

1. A tutela e controlo do Regime Financeiro rege-se pelos artigos 67º,93º e 94º, do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto e demais legislação conexas.
2. O normativo contabilístico adotado para prestação de contas da ULSLA é o Sistema de Normalização Contabilística para Administrações Públicas – SNC- AP, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 192/2015, de 11 de setembro.

Artigo 125º

Regime orçamental e financeiro

A gestão financeira e patrimonial da ULSLA rege-se, designadamente, pelos seguintes instrumentos de gestão previsional:

- a) Plano de Desenvolvimento Organizacional e orçamento anual e plurianual, incluindo o plano de investimento, com um horizonte de três anos;
- b) Orçamento anual de investimento;
- c) Orçamento anual de exploração, desdobrado em orçamento de proveitos e orçamento de custos;
- d) Orçamento anual de tesouraria;
- e) Balanço previsional;
- f) Mapa de fluxos de caixa;
- g) Contratos-programa externos;
- h) Contratos-programa internos.

Artigo 126º

Aquisição de bens e serviços e contratação de empreitadas

1. A aquisição de bens e serviços e a contratação de empreitadas de obras públicas rege-se pelas normas de contratação pública nacionais e comunitárias em vigor, e demais disposições aplicáveis às entidades públicas empresariais.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 93 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

2. Nos processos de aquisição, a ULSLA observa os princípios gerais da transparência e da livre concorrência adotando critérios da qualidade e da economicidade, assegurando desse modo a gestão eficiente dos meios e recursos disponíveis, salvaguardando o mérito da realização da despesa e do interesse público, subjacentes.

Secção II- Dos trabalhadores

Artigo 127º

Recursos humanos

1. Os trabalhadores da ULSLA estão sujeitos ao regime do contrato de trabalho, nos termos do Código do Trabalho, bem como ao regime disposto em diplomas que definam o regime legal de carreira de profissões da saúde, demais legislação laboral, normas imperativas sobre títulos profissionais, instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho e regulamentos internos.
2. Os processos de recrutamento devem assentar na adequação dos profissionais às funções a desenvolver e assegurar os princípios da igualdade de oportunidades, da imparcialidade, da boa-fé e da não discriminação, bem como da publicidade, exceto em casos de manifesta urgência devidamente fundamentada.
3. Os trabalhadores com relação jurídica de emprego público mantêm integralmente o seu estatuto jurídico.
4. A ULSLA dispõe de mapa de pessoal próprio, definido anualmente por deliberação do Conselho de Administração, com base no respetivo orçamento e plano de atividades, abrangendo a globalidade dos colaboradores, independentemente do vínculo laboral.
5. Os princípios gerais e as normas referentes ao estatuto remuneratório, à organização e disciplina do trabalho e da assiduidade, aplicável a todos os trabalhadores, regem-se por regulamentos próprios, aprovados por deliberação do Conselho de Administração.

Artigo 128º

Das relações laborais

1. Os trabalhadores da ULSLA estão sujeitos ao regime do contrato de trabalho, nos termos do Código do Trabalho, bem como ao regime disposto em diplomas que definam o regime legal de carreira de profissões da saúde, demais legislação laboral, normas imperativas sobre títulos profissionais, instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho e regulamentos internos.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 94 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Capítulo VIII- Articulação e Colaboração Institucional

Artigo 140º

Colaboração com a comunidade

- 1 A ULSLA enceta formas atuantes de convivência com a comunidade que integra, designadamente com unidades de saúde, instituições e serviços da área da segurança social, autarquias locais, instituições académicas, instituições particulares de solidariedade social, entidades de formação profissional e outras entidades regionais, nacionais e internacionais de interesse público.
- 2 A ULSLA privilegia a articulação e cooperação com outras entidades, públicas ou privadas, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento sustentado da comunidade onde está inserido e da sociedade onde atua.
- 3 A ULSLA promove e envolve-se na realização de iniciativas várias e eventos diversos, da área da saúde ou outras, dentro dos recursos disponíveis e de acordo com o âmbito da missão que lhe está cometida.
- 4 A colaboração com entidades externas assume a forma de Protocolo de Colaboração e fica sujeita à prévia aprovação do Conselho de Administração.
- 5 Serão privilegiadas as articulações com as autarquias, nomeadamente as autarquias pertencentes à Comunidade Intermunicipal do Alentejo Litoral, bem como com as instituições de ação social, da área de influência da ULSLA, para além das organizações da sociedade civil.

Capítulo IX · Disposições Finais

Artigo 141º

Elaboração do Regulamento Interno

1. Na elaboração do regulamento interno da ULSLA é assegurada a auscultação da comissão de trabalhadores ou, na sua falta, quando existam, a comissão sindical ou intersindical ou os delegados sindicais.
2. A elaboração de regulamento interno do órgão ou serviço sobre determinadas matérias pode ser tornada obrigatória por instrumento de regulamentação coletiva de trabalho.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 99 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/2024
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Artigo 142º

Remissões

As remissões para os diplomas legais e regulamentares feitas no presente Regulamento Interno considerar-se-ão efetuadas para aqueles que venham a regular, no todo ou em parte, as matérias em causa.

Artigo 143º

Lacunas e Omissões

Nas lacunas e omissões do presente regulamento, recorrer-se-á, em primeiro lugar aos Estatutos das Unidades Locais de Saúde, bem como à legislação aplicável e em vigor.

Artigo 144º

Alteração do Regulamento

O presente regulamento Interno pode ser alterado, sem necessidade de homologação, sempre que as alterações:

- a) Decorram de alteração legislativa;
- b) As alterações estejam, no todo, relacionadas apenas com a Área de apoio o à gestão e logística.

Artigo 145º

Regulamentação complementar

Compete ao Conselho de Administração aprovar a regulamentação e a definição de normas complementares ou interpretativas para a aplicação do presente Regulamento Interno.

Artigo 146º

Entrada em vigor

1. O presente Regulamento Interno entra em vigor e produz efeitos com a publicação a realizar no sítio institucional da ULSLA, após a competente homologação pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.
2. A ULSLA deve dar publicidade ao conteúdo do seu regulamento interno, designadamente afixando-o na sede do órgão ou serviço e nos locais de trabalho, bem como nas páginas eletrónicas do organismo ou serviço, de modo a possibilitar o seu pleno conhecimento, a todo o tempo, pelos trabalhadores.

Controlo – Versões / Revisões	Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
Página 100 de 102	3.0	1	Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
			Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
			Homologação	Ministério da Saúde	

Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

Anexos - Organograma

Controlo – Versões / Revisões

Versão	Revisão	Tipo	Responsável	Data
		Revisão	Conselho de Administração da ULSLA	30/09/204
3.0	1	Aprovação	Conselho de Administração da ULSLA	31/10/2024
		Homologação	Ministério da Saúde	

Página 101 de 102

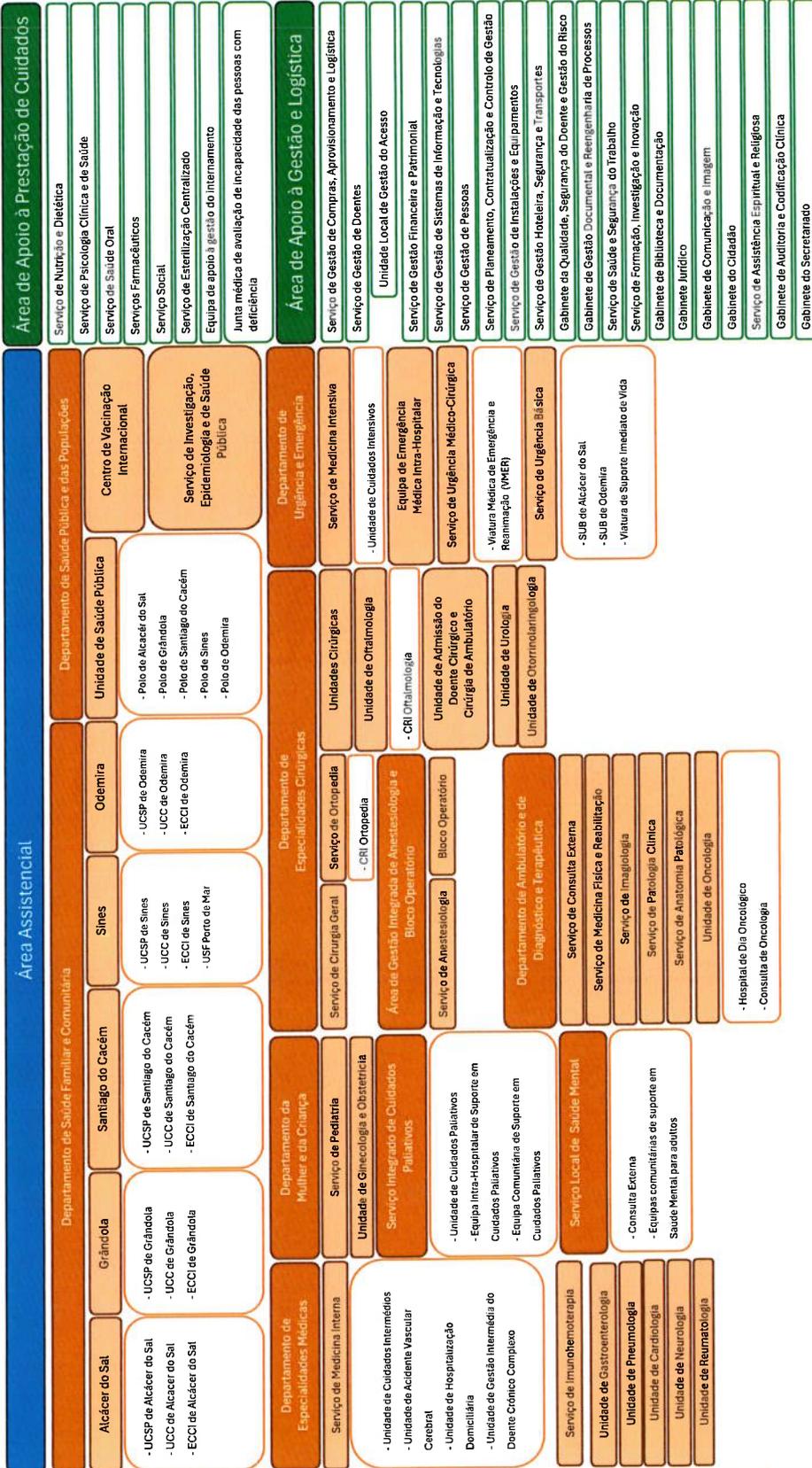
Próxima Revisão: até 3 anos após homologação

ORGANOGRAMA



- Comissões**
- Ética
 - Qualidade e Segurança do Doente
 - Farmácia e Terapêutica
 - Integração de Cuidados de Saúde
 - Humanização
 - Avaliação de Desempenho
 - Transfusional
 - Coordenação Oncológica
 - Certificação da Interrupção da Gravidez
 - Catastrofe e Emergência
 - Feiradas
 - Comissão Local de Informatização Clínica
 - Coordenação Hospitalar de Doação
- Equipas de Apoio Técnico**
- Comissão Médica
 - Direção de Enfermagem
 - Direção de Internatos Médicos
 - Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica
 - Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Anti-Microbianos
 - Comissão de Proteção e Segurança Radiológica
 - Comissão da Igualdade e Conciliação entre vida profissional, familiar e pessoal
 - Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes
 - Comissão de Promoção de Aleitamento Materno
 - Equipa de Gestão de Altas
 - Equipa Coordenadora Local da RNCCI
 - Comissão de Coordenação para a Prevenção da Violência no Ciclo de Vida
 - Comissão de Avaliação de Equipamentos e Material de Consumo
 - Comissão para os Abates do Imobilizado Corpóreo e Estências

- Conselho de Administração**
- Conselho Consultivo
 - Provedor do Utente
 - Provedor do Trabalhador
- Conselho Fiscal e ROC**
- Serviço de Auditoria Interna



- Área de Apoio à Prestação de Cuidados**
- Serviço de Nutrição e Dietética
 - Serviço de Psicologia Clínica e de Saúde
 - Serviço de Saúde Oral
 - Serviços Farmacêuticos
 - Serviço Social
 - Serviço de Esterilização Centralizado
 - Equipa de apoio à gestão do internamento
 - Junta médica de avaliação de incapacidade das pessoas com deficiência
- Área de Apoio à Gestão e Logística**
- Serviço de Gestão de Compras, Aprovisionamento e Logística
 - Serviço de Gestão de Doentes
 - Unidade Local de Gestão do Acesso
 - Serviço de Gestão Financeira e Patrimonial
 - Serviço de Gestão de Sistemas de Informação e Tecnologias
 - Serviço de Gestão de Pessoas
 - Serviço de Planeamento, Contratualização e Controlo de Gestão
 - Serviço de Gestão de Instalações e Equipamentos
 - Serviço de Gestão Hotelaria, Segurança e Transportes
 - Gabinete de Qualidade, Segurança do Doente e Gestão do Risco
 - Gabinete de Gestão Documental e Reengenharia de Processos
 - Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho
 - Gabinete de Biblioteca e Documentação
 - Gabinete Jurídico
 - Gabinete de Comunicação e Imagem
 - Gabinete do Cidadão
 - Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa
 - Gabinete de Auditoria e Codificação Clínica
 - Gabinete do Secretariado