



REGULAMENTO INTERNO

2021

Índice

Preâmbulo	3
CAPÍTULO I	4
Disposições Gerais	4
CAPÍTULO II	6
Órgãos	6
Secção I	6
Conselho de Administração	6
Secção II	7
Órgão de Fiscalização	7
Secção III	7
Auditoria Interna	7
Secção IV	7
Conselho Consultivo	7
Secção V	7
Provedoria do Doente	7
Secção VI	7
Órgãos de Apoio Técnico	7
Secção VII	15
Órgãos de Apoio Especial	15
CAPÍTULO III	15
Organização e Funcionamento dos Serviços	15
Secção I	15
Princípios gerais de organização	15
Secção II	17
Departamentos, Serviços Assistenciais, Unidades Funcionais e Clínicas de Patologia	17
Secção III	21
Organização Específica da Prestação de Cuidados no IPO Porto	21
Secção IV	22
Serviços de apoio à atividade assistencial	22
Secção V	25
Serviços de Ensino, Formação e Investigação	25
Secção VI	26
Serviços de Gestão e Apoio Logístico	26

CAPÍTULO IV.....	32
Garantias.....	32
CAPÍTULO V.....	32
Disposições finais e transitórias	32

Preâmbulo

Nos seus mais de 40 anos de história, o Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E. (IPO Porto) foi construído com a visão estratégica de se afirmar como um referencial da assistência, ensino, formação e investigação em Oncologia. Neste sentido, o Regulamento Interno constitui a materialização da visão organizacional desenhada para atingir os objetivos almejados. Desde a sua constituição como entidade pública empresarial, o IPO Porto foi dotado de um Regulamento Interno aprovado em 2006 e revisto em 2012. A adaptação a novas realidades e o cumprimento dos preceitos legais constantes do Decreto-Lei nº 18/2017, de 18 de fevereiro, conduziram à necessidade de proceder a uma análise, reflexão e revisão profunda do regulamento interno, que culminou na atual versão.

O regulamento interno constitui um instrumento fundamental da organização da instituição, ao definir a sua estrutura, composição e modos de articulação. Deve permitir uma adaptação dinâmica a um ambiente interno e externo em permanente mudança, mas simultaneamente afirmar-se como referencial de estabilidade. Será tanto mais eficaz quanto melhor refletir a cultura organizacional, permitindo uma identificação imediata com os valores e missão de cada uma das suas estruturas. Constitui, simultaneamente, a expressão de uma visão estratégica da gestão da organização, pensada e desenhada com o intuito de permitir ganhos em eficiência e melhoria contínua tendo em vista o benefício do Doente Oncológico.

A proposta original do documento esteve em fase de consulta pública durante cinco semanas. Na sequência da mesma foram recebidos 53 contributos, expressando pontos de vista diversificados, demonstrativos da vitalidade da instituição e do interesse que um documento estruturante desta natureza desperta nos profissionais, na busca da melhoria organizacional e do reconhecimento de uma cultura institucional sólida. Após análise cuidada e criteriosa de todos os contributos, foram incorporadas alterações significativas que permitiram aperfeiçoar um documento no qual todos os elementos do IPO Porto se podem rever.

A versão final do documento foi aprovada formalmente em reunião ordinária do Conselho de Administração de 15 de abril de 2021 e posteriormente, na sua forma revista após análise pelo Ministério da Saúde, em reunião ordinária de 14 de outubro de 2021, sendo posteriormente submetido para a competente homologação do membro do Governo responsável pela área da saúde, nos termos da legislação em vigor.

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

Artigo 1º

Natureza Jurídica e Sede

O Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial, criado pelo Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro, adiante designado por IPO Porto, tem sede no Porto, na rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto, é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, com o número de identificação 506362299, dotada de autonomia financeira, administrativa e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas e do artigo 18º do anexo do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro.

Artigo 2º

Missão

O IPO Porto tem como missão a prestação de cuidados de saúde, em tempo útil, centrada no doente, bem como, a prevenção, a investigação, a formação e o ensino no domínio da oncologia, garantindo elevados níveis de qualidade, humanismo e eficiência.

Artigo 3º

Visão

Excelência, eficiência e sustentabilidade na prestação de cuidados ao doente oncológico, maximizando sobrevivência e qualidade de vida.

Artigo 4º

Valores

No desenvolvimento da sua atividade, o IPO Porto e os seus trabalhadores regem-se pelos seguintes valores:

1. **Qualidade** - como hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS) a prioridade do IPO Porto é assegurar a prestação de cuidados e serviços de alta qualidade e segurança clínica para a população. Isto inclui melhorar a segurança do utente e prover para que tenha um ambiente confortável. Aprender com as pessoas que fazem uso dos serviços da Instituição, com os seus recursos humanos e com as melhores práticas do SNS e para além dele. Garante a qualidade através do desenvolvimento e suporte dos seus trabalhadores, fortalecendo-a por forma a que possa prover cuidados centrados no paciente, com elevada qualidade, segurança e efetividade.

2. **Integridade** - tratar os utentes com dignidade e respeito, promovendo a equidade, dando valor à diversidade e oferecendo altos padrões de cuidados de saúde. As decisões são tomadas no melhor interesse da comunidade que serve. O IPO Porto promove uma cultura de abertura e integridade. Procura, constantemente, formas de organizar os serviços que presta em torno das necessidades dos utentes e, simultaneamente, ir ao encontro das necessidades e expectativas dos trabalhadores.

3. **Pessoas** - as pessoas a quem o IPO Porto presta cuidados, as que emprega, e as que tornam o sistema passível de financiamento, estão no centro da sua atenção e atividade. Os profissionais são o recurso mais valioso da Instituição, pelo que o IPO Porto promove o desenvolvimento dos seus trabalhadores utilizando esta estrutura de valores como um compromisso com cada paciente, utente, colega e parceiro.

4. **Excelência** - o IPO Porto pretende que as pessoas, das mais diversas áreas geográficas, e os profissionais sintam confiança nos seus serviços. Olha para o futuro, planeando os serviços com base nas necessidades em mudança da comunidade local, esperando melhorias contínuas nos resultados dos tratamentos e cuidados que promove. Usa a melhor evidência disponível na prestação de serviços efetivos, tanto em termos de resultados clínicos como no uso dos recursos financeiros, entre outros.

5. **Comunidade** – o IPO Porto reconhece que é mais do que um prestador de cuidados de saúde. É um grande empregador, pelo que considera ser um parceiro significativo na economia local. Reflete as suas responsabilidades comunitárias nas decisões que toma, trabalhando em parceria com a comunidade, com os voluntários e com outras organizações de forma a ter o contributo coletivo máximo nas vidas das pessoas locais e a minimizar o impacto no ambiente.

Artigo 5º

Legislação aplicável

O IPO Porto rege-se pelo presente Regulamento Interno e pela seguinte legislação:

- a) Diploma de transformação em entidade pública empresarial (Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro, revogado pelo Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, e seus Estatutos constantes dos anexos I e II);
- b) Regime Jurídico aplicável às entidades públicas empresariais (Decreto-Lei nº 133/2013 de 3 de outubro, com a redação dada pela Lei nº 42/2016, de 28 de dezembro);

- c) Lei da Gestão Hospitalar (Lei nº 27/2002, de 8 de novembro, com a redação dada pelo Decreto-Lei nº 75/2019, de 30 de maio);
- d) Normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que não contrariem as normas previstas no diploma referido na alínea anterior.

Artigo 6º **Área de Influência Geográfica**

Sem prejuízo da liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, o IPO Porto presta cuidados de saúde a doentes da zona geográfica correspondente à área de jurisdição da Administração Regional de Saúde do Norte, Instituto Público (ARS Norte, I.P.).

Artigo 7º **Atribuições**

O IPO Porto tem por atribuições:

- a) Prestar cuidados de saúde especializados no domínio da Oncologia;
- b) Promover e fomentar a Prevenção, o Rastreo e o Diagnóstico Precoce do Cancro;
- c) Promover a Investigação Clínica, Básica e de Translação no domínio da Oncologia;
- d) Praticar, promover e prestar apoio ao Ensino pré e pós-graduado no domínio da Oncologia;
- e) Participar no Conselho Nacional de Oncologia e na Comissão Oncológica Regional;
- f) Constituir, em conjunto com os Institutos congéneres de Lisboa e Coimbra, o Grupo Hospitalar Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, exercendo as atribuições e competências previstas na legislação aplicável;
- g) Prestar colaboração e apoio a outras estruturas de Saúde, no âmbito da Rede de Referenciação em Oncologia;
- h) Participar em organizações científicas e técnicas nacionais e internacionais, na área da Oncologia, nomeadamente no âmbito da União Europeia;
- i) Coordenar e centralizar a vigilância epidemiológica do cancro na Região Norte, em estreita articulação com o Registo Oncológico Nacional (RON).

Artigo 8º **Áreas de Intervenção**

- 1. **Assistencial:**
 - a) Prevenção primária;
 - b) Rastreo e diagnóstico precoce;
 - c) Tratamento multidisciplinar;
 - d) Seguimento pós-tratamento;
 - e) Prestação de cuidados paliativos;
 - f) Aconselhamento genético.

2. Investigação:

- a) Investigação básica;
- b) Investigação de translação;
- c) Investigação clínica;
- d) Investigação epidemiológica;
- e) Investigação em economia, gestão e efetividade dos cuidados de saúde.

3. Ensino e Formação:

- a) Ensino pré-graduado médico, de enfermagem e técnico;
- b) Ensino avançado de âmbito superior universitário e politécnico na área das Ciências da Saúde;
- c) Formação médica pós-graduada (internato médico);
- d) Formação e atualização profissional contínua;
- e) Ensino e formação à comunidade.

Artigo 9º **Objetivos Estratégicos**

- 1. São objetivos estratégicos da atividade do IPO Porto:
 - a) Centrar a atividade assistencial em torno do doente oncológico, utilizando os mais elevados padrões técnicos e de acordo com o estado da arte;
 - b) Permitir uma acessibilidade fácil e proporcionar tratamentos em tempo oportuno a todos os doentes;
 - c) Proporcionar uma medicina personalizada e humanizada;
 - d) Acompanhar os progressos científicos e técnicos no tratamento da doença oncológica;
 - e) Elaborar e implementar planos de ação tendentes a incrementar a prevenção primária e o diagnóstico precoce;
 - f) Formar profissionais especializados em Oncologia;
 - g) Promover a investigação, básica, de translação, clínica, epidemiológica e outras, no domínio da Oncologia.
- 2. Os objetivos expressos em programas de ação serão objeto de avaliação interna sistemática, no sentido de assegurar o cumprimento das metas definidas pelo Ministério da Saúde e de acordo com os planos oncológicos regional e nacional.

Artigo 10º **Princípios gerais de organização**

- 1. O doente oncológico é o centro em torno do qual se organiza toda a atividade assistencial, pelo que os meios humanos e técnicos devem ser coordenados de forma a proporcionar cuidados personalizados, homogéneos e abrangentes.
- 2. O IPO Porto mantém a multidisciplinaridade como forma de abordagem da doença neoplásica, capaz de oferecer um tratamento integrado e sequencial, de acordo com os mais elevados padrões científicos e humanistas.

3. Em consonância com o disposto no artigo 23º do Decreto-Lei nº 18/2017, a estrutura orgânica do IPO Porto tem por base serviços agregados em departamentos, englobando unidades funcionais, assim como estruturas orgânicas de gestão intermédia.
4. A atividade assistencial de ambulatório é prestada predominantemente através de unidades multidisciplinares específicas de patologia, designadas Clínicas de Patologia.
5. As medidas organizativas serão tomadas na perspetiva da constituição futura de centros de responsabilidade integrada.

CAPÍTULO II

Órgãos

Artigo 11º Composição

1. Em conformidade com o estipulado nos Estatutos são órgãos do IPO Porto:
 - a) Conselho de Administração;
 - b) Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas (R.O.C.);
 - c) Conselho Consultivo.
2. A composição, funcionamento e competências dos órgãos do IPO Porto rege-se pelos seus Estatutos e, subsidiariamente, pelo regime jurídico do setor empresarial do estado.

Secção I

Conselho de Administração

Artigo 12º Composição, mandato, funcionamento, vinculação e estatuto

1. A composição, mandato, funcionamento, vinculação e estatuto do Conselho de Administração são os constantes dos artigos 6º, 11º, 12º e 13º dos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, E.P.E. (Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017).
2. As regras de funcionamento do Conselho de Administração estão fixadas em Regimento próprio.

Artigo 13º Competências do Conselho de Administração

As competências são as definidas no artigo 7º dos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos

Portugueses de Oncologia, E.P.E. (Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017).

Artigo 14º Presidente do Conselho de Administração

1. As competências do Presidente do Conselho de Administração são as definidas no artigo 8º dos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, E.P.E. (Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017).
2. Nas situações de ausência e/ou impedimento o Presidente do Conselho de Administração será substituído pelo Vogal por si expressamente designado para o efeito.

Artigo 15º Vogais Executivos

1. As competências dos Vogais Executivos são as delegadas ou subdelegadas pelo Conselho de Administração.
2. Nas situações de ausência e/ou impedimento de um dos Vogais Executivos, este será substituído, no exercício de funções devidamente identificadas, por quem vier a designar para o efeito.

Artigo 16º Diretor Clínico

1. As competências do Diretor Clínico são as definidas no artigo 9º dos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, E.P.E. (Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017).
2. No desenvolvimento das suas responsabilidades, o Diretor Clínico é coadjuvado por um máximo de quatro Médicos da Instituição, designados Adjuntos do Diretor Clínico, nos quais delega algumas das suas funções de carácter operacional.
3. Os Adjuntos do Diretor Clínico são nomeados pelo Conselho de Administração, sob proposta do Diretor Clínico.
4. Um dos Adjuntos do Diretor Clínico é incumbido de o substituir, nas suas ausências e impedimentos, no exercício de funções devidamente identificadas.

Artigo 17º Enfermeiro Diretor

1. As competências do Enfermeiro Diretor são as definidas no artigo 10º dos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, E.P.E. (Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017).

2. O Enfermeiro Diretor é coadjuvado no exercício das suas funções por um máximo de dois Enfermeiros Adjuntos.
3. Os Adjuntos do Enfermeiro Diretor são nomeados pelo Conselho de Administração, sob proposta deste.
4. Nas situações de ausência e/ou impedimento do Enfermeiro Diretor, este é substituído, no exercício de funções devidamente identificadas, por um dos seus adjuntos designado para o efeito.

Secção II

Órgão de Fiscalização

Artigo 18º

Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas

A composição, natureza, tempo de mandato e competências do Conselho Fiscal e do Revisor Oficial de Contas são os previstos nos artigos 15º e 16º dos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, E.P.E. (Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017).

Secção III

Auditoria Interna

Artigo 19º

Serviço de Auditoria Interna

A natureza, composição, competências e funcionamento do Serviço de Auditoria Interna são os constantes dos artigos 19º e 20º dos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, E.P.E. (Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017).

Secção IV

Conselho Consultivo

Artigo 20º

Conselho Consultivo

A composição, competências e funcionamento do Conselho Consultivo regem-se pelos artigos 21º a 23º dos Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, E.P.E. (Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017).

Secção V

Provedoria do Doente

Artigo 21º

Provedoria do Doente

1. A Provedoria do Doente é constituída por um ou mais representantes dos doentes, tendo por missão facilitar a articulação com os doentes no que se refere às suas expectativas quanto aos respetivos cuidados de saúde e promover o exercício dos seus direitos e deveres, em estreita ligação com o Conselho de Administração.
2. Os elementos constituintes da Provedoria do Doente são selecionados e designados pelo Conselho de Administração, após procedimento público de manifestação de interesse.

Secção VI

Órgãos de Apoio Técnico

Artigo 22º

Comissões de Apoio Técnico

1. São Comissões de Apoio Técnico:
 - a) Comissão de Catástrofe e Emergência;
 - b) Comissão de Ética;
 - c) Comissão de Farmácia e Terapêutica;
 - d) Comissão de Humanização;
 - e) Comissão de Normalização de Produtos e Equipamentos;
 - f) Comissão da Qualidade e Segurança;
 - g) Comissão de Risco Hospitalar;
 - h) Comissão de Segurança e Saúde no Trabalho;
 - i) Comissão de Voluntariado;
 - j) Comissão dos Técnicos Superiores de Saúde;
 - k) Comissão Hospitalar de Transfusão;
 - l) Comissão Local de Informatização Clínica;
 - m) Comissão Médica;
 - n) Comité de Risco e Segurança da Informação;
 - o) Conselho técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica;
 - p) Direção de Enfermagem;
 - q) Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar;
 - r) Equipa de Gestão de Altas;
 - s) Equipa de Prevenção de Violência em Adultos;
 - t) Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos;
 - u) Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos – Pediátrica;
 - v) Governação Clínica;
 - w) Grupo Coordenador Institucional da Violência Contra Profissionais de Saúde no Local de Trabalho;

- x) Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos;
 - y) Núcleo Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco;
 - z) Unidade Local de Gestão do Acesso.
2. Os membros das Comissões, bem como os respetivos Presidentes/Coordenadores são nomeados pelo Conselho de Administração, de acordo com os critérios específicos de cada comissão.
 3. O mandato dos membros das comissões coincide com a vigência do mandato do Conselho de Administração, exceto se previsto de outra forma na legislação geral.
 4. Os membros das comissões, no desempenho do respetivo mandato, manter-se-ão obrigatoriamente em funções até serem substituídos.
 5. O funcionamento de cada comissão rege-se por regulamento próprio, aprovado pelo Conselho de Administração, mediante proposta de cada comissão, a apresentar no prazo máximo de 90 dias após a entrada em vigor do presente regulamento.
 6. A periodicidade das reuniões deverá ser fixada no respetivo regulamento e dessas reuniões devem ficar registos em ata.
 7. Cada comissão apresentará anualmente um plano de atividades (até 31 de julho do ano anterior) e um relatório de execução anual (até 30 de abril do ano subsequente), os quais serão submetidos a apreciação e aprovação do Conselho de Administração.
 8. Compete ao Conselho de Administração propor, a todo o tempo, a criação de outras comissões julgadas necessárias e nomear os respetivos membros.

Artigo 23º

Comissão de Catástrofe e Emergência

1. Tem como missão assessorar tecnicamente o Conselho de Administração no âmbito da emergência (acidente grave, catástrofe ou calamidade) interna ou externa, organizando e elaborando o respetivo planeamento e subsequente formação, execução, treino e avaliação.
2. Esta comissão é presidida pelo Presidente do Conselho de Administração, sendo, ainda, constituída pelos seguintes diretores/chefias intermédias ou seus representantes:
 - a) Diretor Clínico;
 - b) Enfermeiro Diretor;
 - c) Diretor do Serviço de Aprovisionamento e Logística;
 - d) Diretor do Serviço de Atendimento Não Programado;
 - e) Diretor do Serviço de Gestão de Sistemas de Informação e Comunicação;
 - f) Diretor do Serviço de Gestão Hoteleira;
 - g) Diretor do Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes;
 - h) Diretor dos Serviços Farmacêuticos;
 - i) Delegado de Segurança.

3. Compete à Comissão de Catástrofe:

- a) Elaborar o plano de emergência, mantendo-o constantemente atualizado, bem como a organização dos meios e a garantia da sua operacionalização eficaz em caso de necessidade;
- b) Programar e realizar periodicamente simulacros de acidentes catastróficos, com a colaboração de entidades de proteção civil, elaborar os respetivos relatórios e propor medidas corretivas;
- c) Assegurar a articulação e colaboração com os serviços da Proteção Civil, as corporações de bombeiros e todas as instituições intervenientes na implementação dos planos.

Artigo 24º

Comissão de Ética

1. Tem por missão avaliar a conformidade ética das atividades desenvolvidas no IPO Porto de acordo com os normativos legais vigentes.
2. A Comissão de Ética é constituída por sete elementos e rege-se pelas disposições enunciadas no Decreto-Lei nº 80/2018, de 15 de outubro.
3. Genericamente, compete à Comissão de Ética:
 - a) Pronunciar-se sobre todas as questões que envolvam valores morais dentro da Instituição, nomeadamente o respeito pelos direitos e dignidade dos doentes;
 - b) Zelar pela observância de padrões éticos no acesso aos cuidados de diagnóstico e tratamento e no respeito pela confidencialidade;
 - c) Pronunciar-se sobre práticas corretas de investigação e ensino que envolvam doentes ou tenham impacto nos princípios morais porque se rege a sociedade e as práticas profissionais.

Artigo 25º

Comissão de Farmácia e Terapêutica

1. Tem por missão avaliar e normalizar a prática de prescrição e orientação farmacológica no IPO Porto.
2. A Comissão de Farmácia e Terapêutica é constituída por oito elementos, sendo presidida pelo Diretor Clínico ou em quem este delegar.
3. Compete à Comissão de Farmácia e Terapêutica, designadamente:
 - a) Elaborar e atualizar o Formulário Farmacoterapêutico do Instituto, elaborando pareceres técnicos sobre a inclusão ou exclusão de medicamentos, zelando pelo seu cumprimento;
 - b) Selecionar medicamentos para utilização no hospital com base em critérios documentados sobre segurança, eficácia e custos;
 - c) Avaliar as justificações de utilização de medicamentos constantes no Formulário Farmacoterapêutico do Instituto e considerados de uso restrito;

- d) Pronunciar-se sobre a autorização da utilização de medicamentos não constantes no Formulário Farmacoterapêutico do Instituto;
- e) Promover o correto uso dos medicamentos mediante a elaboração de normas internas para o uso racional do medicamento e colaborando na elaboração de protocolos terapêuticos;
- f) Avaliar e controlar a utilização dos protocolos em uso na Instituição;
- g) Elaborar normas de prescrição e dispensa de medicamentos;
- h) Promover o uso da prescrição de medicamentos pela Denominação Comum Internacional;
- i) Estabelecer sistemas de avaliação e seguimento das normativas, bem como da qualidade da farmacoterapia no IPO Porto;
- j) Estabelecer programas e procedimentos que ajudem a garantir o uso seguro e efetivo dos medicamentos;
- k) Acompanhar e monitorizar o cumprimento de todas as normas e decisões emanadas pela Comissão;
- l) Estabelecer objetivos anuais para o trabalho a desenvolver pela Comissão.

Artigo 26º

Comissão de Humanização

- 1. Tem por missão apoiar o Conselho de Administração no seu propósito de promover a qualidade e humanização da atividade assistencial e do ambiente de trabalho.
- 2. É constituída por um máximo de 10 elementos, escolhidos pelo Conselho de Administração e representativos de todos os grupos profissionais da organização, sendo presidida por um deles.
- 3. Compete à Comissão:
 - a) Promover uma cultura de cooperação entre trabalhadores/serviços, orientada para o utente, que assente numa perspetiva de melhoria contínua na prestação de cuidados Humanizados;
 - b) Identificar as medidas necessárias à promoção da Humanização, através da formação, orientação, acompanhamento, e outras atividades que se possam revelar pertinentes;
 - c) Desenvolver projetos que contribuam para a Humanização dos cuidados/serviços prestados aos utentes e do próprio ambiente hospitalar.

Artigo 27º

Comissão de Normalização de Produtos e Equipamentos

- 1. É um órgão consultivo responsável pela emissão de pareceres relativos à política de aquisição, manutenção e renovação de produtos e equipamentos.
- 2. É nomeada pelo Conselho de Administração, sendo constituída por um máximo de oito elementos:

- a) Elemento do Conselho de Administração responsável pela área do Serviço de Aprovisionamento e Logística, que preside, podendo delegar num dos demais membros da Comissão;
 - b) Diretor do Serviço Central de Esterilização;
 - c) Diretor do Serviço de Aprovisionamento e Logística;
 - d) Diretor do Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes;
 - e) Médico(s), designado(s) pelo Conselho de Administração;
 - f) Enfermeiro(s), designado(s) pelo Conselho de Administração.
3. Compete-lhe em especial:
- a) Emitir parecer acerca da introdução de novos produtos e equipamentos no IPO Porto;
 - b) Definir e propor uma política de normalização da introdução de novos produtos e equipamentos no IPO Porto;
 - c) Apoiar o Serviço de Aprovisionamento e Logística na elaboração de processos de aquisição, em particular o que concerne à identificação e tipologia de produtos;
 - d) Pronunciar-se sobre os processos de aquisição de equipamentos que impliquem a utilização de consumíveis, numa ótica de eficiência;
 - e) Desenvolver, em colaboração com outras comissões do IPO Porto, normas de utilização e procedimentos que sejam transversais à Instituição e possibilitem uma utilização racional dos mesmos.

Artigo 28º

Comissão da Qualidade e Segurança

- 1. Tem por missão avaliar a qualidade e segurança da atividade assistencial e propor medidas que a promovam e incrementem.
- 2. Esta comissão rege-se de acordo com o previsto no Despacho nº 3635/2013, de 7 de março, sendo constituída por até sete elementos multiprofissionais (incluindo obrigatoriamente o Coordenador do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos) e presidida por um profissional de reconhecido mérito, nomeado pelo Conselho de Administração.
- 3. Compete à Comissão de Qualidade e Segurança:
 - a) Pronunciar-se sobre todos os aspetos que envolvam a promoção da qualidade global e segurança no atendimento dos doentes;
 - b) Propor ao Conselho de Administração ações de caráter formativo aos profissionais que visem humanizar o atendimento;
 - c) Propor ao Conselho de Administração as ações que visem a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde, da qualidade dos serviços hoteleiros e à melhoria das relações entre doentes e profissionais;

- d) Pronunciar-se a pedido do Conselho de Administração sobre questões que envolvam riscos para pessoas e bens;
- e) Promover a literacia em saúde.

Artigo 29º

Comissão de Risco Hospitalar

1. É um órgão de apoio ao Conselho de Administração que tem por objetivo principal a abordagem integrada do risco hospitalar.
2. É constituída por:
 - a) Elemento do Conselho de Administração responsável pela área da Gestão de Risco, que preside;
 - b) Coordenador da Governação Clínica;
 - c) Diretor do Serviço de Segurança no Trabalho e Gestão de Risco Geral;
 - d) Coordenador do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos;
 - e) Diretor da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto;
 - f) Diretor do Serviço de Física Médica;
 - g) Diretor do Serviço de Gestão de Sistemas de Informação e Comunicação;
 - h) Diretor do Serviço de Gestão Hoteleira;
 - i) Diretor dos Serviços de Instalações, Equipamentos e Transportes;
 - j) Coordenador do Gabinete da Qualidade.
3. Compete-lhe em especial:
 - a) Pronunciar-se sobre a Política e a Estratégia da Gestão de Risco da Instituição;
 - b) Dar parecer sobre todas as matérias de risco que envolvam mais do que uma área de risco, sempre que para isso for solicitada;
 - c) Apreciar as conclusões de todos os relatórios que sejam elaborados em matéria de risco, quer decorrentes de ações preventivas, de auditorias, inspeções, inquéritos, ou averiguações quando não envolvam matéria de natureza disciplinar e/ou pessoal;
 - d) Tomar conhecimento e apreciar o resultado de estudos e investigações desenvolvidas no IPO Porto sempre que envolvam matérias de Risco.
4. A Comissão de Risco Hospitalar pode dividir-se em subcomissões de modo a poder discutir problemas de áreas específicas a serem apresentadas posteriormente à Comissão de Risco Hospitalar.

Artigo 30º

Comissão de Segurança e Saúde no Trabalho

1. A Comissão de Segurança e Saúde no Trabalho é um órgão de consulta e cooperação regular e periódica em matéria de prevenção dos riscos profissionais e de promoção da saúde no trabalho.
2. A Comissão tem uma composição paritária, integrando representantes do Conselho de Administração, que os designa, um dos quais é o

Presidente, e representantes dos trabalhadores, de acordo com a proporcionalidade dos resultados da eleição prevista nos artigos 26º a 40º da Lei nº 102/2009, de 10 de setembro, com a redação que lhe foi dada pela Lei nº 79/2019, de 2 de setembro.

3. Compete à Comissão:

- a) Obter informação relativa às condições de trabalho necessária para o prosseguimento das suas funções;
- b) Realizar visitas aos locais de trabalho para reconhecimento dos riscos para a segurança e saúde no trabalho 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 do Serviço de Segurança no Trabalho e Gestão de Risco Geral.

Artigo 31º

Comissão de Voluntariado

1. Tem como missão apoiar o Conselho de Administração na articulação com o Serviço de Voluntariado da Liga Portuguesa contra o Cancro - Núcleo Regional do Norte.
2. É constituída por um máximo de cinco elementos, dois deles em representação do IPO Porto, designados pelo Conselho de Administração e os restantes pela Liga Portuguesa Contra o Cancro - Núcleo Regional do Norte.
3. Compete a esta comissão enquadrar a atividade dos Voluntários nos diferentes serviços e atividades da Instituição.

Artigo 32º

Comissão dos Técnicos Superiores

1. É um órgão de apoio à decisão do Conselho de Administração no que respeita à gestão dos Técnicos Superiores do IPO Porto.
2. Esta comissão é constituída por um máximo de oito Técnicos Superiores com funções de direção/coordenação nos diferentes serviços e unidades funcionais, escolhidos pelos seus pares, sendo o Coordenador da Comissão nomeado pelo Conselho de Administração sob proposta dos elementos constituintes da mesma.
3. Compete à Comissão dos Técnicos Superiores:
 - a) Promover a articulação e a harmonização do exercício profissional das diversas profissões representadas, designadamente, mediante emissão de normas técnicas;

- b) Dar parecer sobre matérias relativas às profissões representadas, nomeadamente sobre a formação pré e pós-graduada.

Artigo 33º

Comissão Hospitalar de Transfusão

1. É um órgão que tem como missão promover, a nível institucional, a prática transfusional segura e eficiente.
2. É nomeada pelo Conselho de Administração, sendo constituída por:
 - a) Diretor Clínico;
 - b) Diretor do Serviço de Imuno-hemoterapia;
 - c) Um Médico da área Médica;
 - d) Um Médico da área Cirúrgica;
 - e) Um Médico do Serviço de Pediatria;
 - f) Enfermeiro Gestor do Serviço de Imuno-hemoterapia;
 - g) Um Enfermeiro Gestor de um serviço assistencial.
3. Compete à Comissão Hospitalar de Transfusão:
 - a) Promover uma cultura de cooperação entre trabalhadores/serviços, garantindo a formação dos profissionais, desenvolvendo políticas de monitorização e avaliação dos componentes sanguíneos e assegurando a revisão dos incidentes e efeitos adversos decorrentes desta prática;
 - b) Exercer funções de assessoria técnica de apoio à gestão com capacidade decisiva no controlo da prática transfusional;
 - c) Desenvolver projetos que contribuam para a adoção de ações de melhoria e otimização da transfusão, com vista à segurança do doente.

Artigo 34º

Comissão Local de Informatização Clínica

1. A Comissão Local de Informatização Clínica é um órgão multidisciplinar de apoio técnico ao Conselho de Administração que tem por objetivo principal conduzir e monitorizar as iniciativas e boas práticas na área das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) e de acordo com a Estratégia Nacional para o Ecossistema de Informação da Saúde (ENESIS) que se encontre em vigor.
2. É constituída por:
 - a) Elemento do Conselho de Administração responsável pela área da Informática, que preside;
 - b) Diretor Clínico;
 - c) Enfermeiro Diretor;
 - d) Até dois elementos da área Médica indicados pela Direção Clínica;
 - e) Até dois elementos da área de Enfermagem propostos pelo Enfermeiro Diretor;
 - f) Diretor do Serviço de Gestão de Doentes;
 - g) Diretor do Serviço de Gestão de Sistemas de Informação e Comunicação.
3. Compete à Comissão:

- a) Garantir que a estratégia TIC considera os objetivos da ENESIS, integra as suas iniciativas e incorpora as boas práticas do eSIS;
 - b) Monitorizar a implementação das iniciativas no âmbito da ENESIS, incluindo a análise de indicadores de acompanhamento e risco, e reportar a avaliação através da plataforma de gestão de portfólio de iniciativas
 - c) Participar e pronunciar-se sobre a organização de processos e implementação das opções estratégicas relacionadas com os sistemas de informação da Instituição, enquadrado nas orientações emanadas pelas entidades competentes;
 - d) Dar contributos para alterações ao plano estratégico dos sistemas de informação do IPO Porto, promovendo a harmonização da informação clínica e administrativa, bem como a melhoria da qualidade dos dados, salvaguardando sempre a respetiva segurança e privacidade dos mesmos.
4. A Comissão Local de Informatização Clínica solicitará o apoio a outros técnicos ou peritos das mais diversas áreas, sempre que necessário.

Artigo 35º

Comissão Médica

1. A Comissão Médica é um órgão de apoio à decisão do Diretor Clínico na gestão das matérias referentes à atividade dos profissionais Médicos.
2. A comissão é constituída por:
 - a) Diretor Clínico, que preside;
 - b) Adjuntos do Diretor Clínico;
 - c) Diretores dos Departamentos;
 - d) Diretores dos Serviços Assistenciais;
 - e) Coordenadores das Unidades Funcionais;
 - f) Coordenadores das Clínicas de Patologia.
3. A Comissão Médica reúne sempre que convocada pelo Diretor Clínico, competindo-lhe:
 - a) Pronunciar-se sobre os assuntos que o Diretor Clínico entenda conveniente auscultar;
 - b) Pronunciar-se sobre os aspetos técnicos do exercício da Medicina;
 - c) Propor medidas que visem melhorar os índices de qualidade e produtividade da Instituição.

Artigo 36º

Comité de Risco e Segurança da Informação

1. O Comité de Risco e Segurança da Informação é um órgão consultivo de apoio ao Conselho de Administração, que tem como objetivo monitorizar os riscos associados à segurança da informação, propor normas e promover ações de sensibilização.
2. É constituído por:
 - a) Presidente da Comissão Local de Informatização Clínica, que preside;
 - b) Diretor do Serviço de Gestão de Doentes;

- c) Diretor do Serviço de Gestão de Sistemas de Informação e Comunicação;
 - d) Diretor do Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes;
 - e) Diretor do Serviço de Gestão de Recursos Humanos;
 - f) Diretor do Gabinete Jurídico;
 - g) Encarregado de Proteção de Dados;
 - h) Responsável pelo Acesso à Informação;
 - i) Responsável pela Notificação Obrigatória.
3. Compete ao Comité:
- a) Gerir a estratégia do risco e da segurança da informação;
 - b) Garantir vários níveis de gestão de segurança dentro da organização e definir o nível de aceitação do risco;
 - c) Garantir de forma eficaz e consistente, a aplicação do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) e zelar pelas boas práticas e cibersegurança em todas as áreas de atividade.

Artigo 37º

Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica

1. O Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica possui funções de apoio à decisão do Diretor Clínico na gestão das matérias referentes à atividade destes profissionais, sendo constituído por todos os Técnicos coordenadores dos diferentes Serviços, designados nos termos do Decreto-Lei nº 111/2017, de 31 de agosto, regendo-se por regulamento próprio.
2. O Conselho Técnico é presidido pelo Técnico superior diretor, designado pelo Conselho de Administração, em regime de comissão de serviço, pelo período de três anos, em conformidade com o disposto no Artigo 14º do Decreto-Lei nº 111/2017, de 31 de agosto.
3. Compete ao Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica:
 - a) Promover a articulação e a harmonização do exercício profissional das diversas profissões representadas, designadamente, mediante emissão de normas técnicas;
 - b) Dar parecer sobre matérias relativas às profissões representadas, nomeadamente sobre a formação pré e pós-graduada;
 - c) Assegurar as funções de conselho coordenador da avaliação, em termos a definir no diploma que adapte o Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho na Administração Pública (SIADAP) à carreira especial de técnico superior das áreas de diagnóstico e terapêutica.

Artigo 38º

Direção de Enfermagem

1. A Direção de Enfermagem é um órgão que tem por missão coadjuvar o Enfermeiro Diretor na gestão das matérias referentes à atividade dos profissionais de Enfermagem.
2. A Direção de Enfermagem é constituída por:
 - a) Enfermeiro Diretor que preside;
 - b) Adjuntos do Enfermeiro Diretor;
 - c) Enfermeiros em funções de direção;
 - d) Enfermeiros gestores.
3. Compete à Direção de Enfermagem:
 - a) Pronunciar-se sobre os assuntos que o Enfermeiro Diretor julgue conveniente auscultar;
 - b) Pronunciar-se sobre os aspetos técnicos do exercício da enfermagem;
 - c) Dar parecer sobre o plano de atividades da Instituição;
 - d) Propor medidas de melhoria dos cuidados de acordo com os padrões de qualidade;
 - e) Apreciar reclamações de natureza técnica e deontológica.
4. No âmbito da Direção de Enfermagem funciona uma Comissão Executiva Permanente que integra o Enfermeiro Diretor, os enfermeiros adjuntos do Enfermeiro Diretor e três membros pertencentes à Direção de Enfermagem a eleger pelos elementos que a compõem.

Artigo 39º

Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

1. A Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar tem como missão dotar o hospital de um sistema capaz de assegurar a assistência especializada nas 24 horas do dia, sete dias por semana, a todos os doentes, profissionais e visitas em situações de paragem cardiorrespiratória ou grave compromisso de funções vitais.
2. A composição, competências e funcionamento constam de regulamento próprio, aprovado pelo Conselho de Administração.

Artigo 40º

Equipa de Gestão de Altas

1. Tem por missão coordenar e agilizar os procedimentos de referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em articulação com as estruturas locais e regionais.
2. A Equipa de Gestão de Altas (EGA) é nomeada pelo Conselho de Administração, sendo composta, no mínimo, por um Médico (que coordena), um Enfermeiro e um Assistente social.
3. Compete à Equipa de Gestão de Altas:

- a) Articular com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos para a programação de referenciação à RNCCI;
- b) Articular com as equipas coordenadoras locais da RNCCI;
- c) Articular com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde da área de residência do doente;
- d) Exercer as funções vigentes da RNCCI consagradas na legislação e regulamentação.

Artigo 41º

Equipa de Prevenção de Violência em Adultos

1. A Equipa de Prevenção de Violência em Adultos operacionaliza a ação de saúde sobre a igualdade de género, assim como a prevenção da violência ao longo do ciclo de vida.
2. A composição, competências e funcionamento constam de regulamento próprio, aprovado pelo Conselho de Administração.

Artigo 42º

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

1. A Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) faz parte integrante do Serviço de Cuidados Paliativos.
2. É nomeada pelo Conselho de Administração, sendo composta, no mínimo, por um Médico (que coordena), um Enfermeiro e um Psicólogo.
3. Compete à EIHSCP prestar aconselhamento diferenciado em Cuidados Paliativos aos diversos serviços do IPO Porto, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado de doença avançada ou terminal, para os quais seja solicitada a sua atuação.

Artigo 43º

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos – Pediátrica

1. A Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos – Pediátrica (EIHSCP-P) faz parte integrante do Serviço de Pediatria.
2. É nomeada pelo Conselho de Administração, sendo composta, no mínimo, por um Médico (que coordena), um Enfermeiro e um Psicólogo.
3. Compete à EIHSCP-P 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 os quais seja solicitada a sua atuação.

Artigo 44º

Governança Clínica

1. A Governança Clínica é um órgão de apoio ao Conselho de Administração, sendo responsável pela manutenção do controlo de qualidade assistencial e pela elaboração de propostas tendentes a melhorar os padrões de funcionamento e de qualidade na prestação de cuidados de saúde.
2. O Coordenador da Governança Clínica é um Médico, sendo coadjuvado por um Enfermeiro, ambos nomeados pelo Conselho de Administração.
3. Para a prossecução dos seus objetivos, a Governança Clínica coordena as seguintes áreas:
 - a) Auditoria Clínica;
 - b) Gestão do Risco Clínico;
 - c) Processo Clínico;
 - d) Qualidade Clínica.
4. Sempre que considerado necessário, para o estudo ou resolução de problemas específicos, poderá o Coordenador da Governança Clínica propor a constituição de subcomissões *ad hoc*.
5. Compete à Governança Clínica:
 - a) Incentivar o processo de melhoria contínua da qualidade assistencial, criando as condições para que esta ocorra;
 - b) Combater o erro clínico através de uma política eficaz de Gestão de Risco Clínico;
 - c) Entender a Gestão de Risco Clínico como um dos pilares da Governança Clínica, desenvolvendo e aperfeiçoando as boas práticas clínicas e a Medicina Baseada na Evidência;
 - d) Formar e treinar na Área de Risco Clínico, em particular, as Chefias e Gestores de Risco Local;
 - e) Envolver toda a estrutura institucional numa política ativa de Gestão de Risco Clínico. Desenvolver as áreas da Eficiência Clínica e Responsabilização;
 - f) Promover a eficiência clínica através de Auditorias Clínicas médicas e de enfermagem, à Estrutura aos Processos e aos Resultados e consequente monitorização de resultados;
 - g) Estimular a discussão interna destes resultados comparando os resultados obtidos com os resultados externos explícitos e referenciáveis, sempre que possível.

Artigo 45º

Grupo Coordenador Institucional da Violência Contra Profissionais de Saúde no Local de Trabalho

1. O Grupo Coordenador Institucional da Violência Contra Profissionais de Saúde no Local de Trabalho tem como missão estruturar um plano para abordagem do problema, que privilegie, enquadre e apoie a assunção de políticas institucionais.

2. A composição, competências e funcionamento constam de regulamento próprio, aprovado pelo Conselho de Administração.

Artigo 46º

Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

1. O Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) tem por missão reduzir a taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos, regendo-se pelo Despacho nº 15423/2013, de 26 de novembro.
2. O grupo é constituído por um Coordenador e diversos elementos de vários grupos profissionais, nomeados pelo Conselho de Administração.
3. Compete ao GCL-PPCIRA:
 - a) Elaborar o Plano Operacional e implementar um sistema de avaliação das ações empreendidas;
 - b) Implementar políticas e procedimentos de prevenção e controlo da infeção e resistência aos antimicrobianos, monitorizando-as através de auditorias periódicas. Deve proceder à revisão trienal das normas e sempre que surjam níveis de evidência que o justifiquem;
 - c) Conduzir a vigilância epidemiológica (VE) de acordo com os programas preconizados pelo PPCIRA e as necessidades das unidades de saúde, nomeadamente as VE de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), e o consumo e resistência aos antimicrobianos, em articulação com o Serviço de Patologia Clínica e com os Serviços Farmacêuticos;
 - d) Promover e corrigir as práticas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente no que se refere à higiene das mãos, ao uso de equipamento de proteção individual e de controlo ambiental, sobretudo a higienização de superfícies frequentemente manuseadas;
 - e) Promover e corrigir as práticas de uso de antibióticos, nomeadamente através da implementação de programa de assistência à prescrição antibiótica, tanto em profilaxia como em terapêutica;
 - f) Investigar, controlar e notificar surtos de infeção, visando a sua efetiva prevenção;
 - g) Monitorizar os riscos de infeção associados a novas tecnologias, dispositivos, produtos e procedimentos;
 - h) Colaborar com o Serviço de Aprovisionamento e Logística na definição de características de material e equipamento clínico e não clínico com implicações no controlo e prevenção das IACS;
 - i) Proceder, em articulação com o Serviço de Segurança no Trabalho e Gestão de Risco Geral, à avaliação do

risco biológico em cada serviço e desenvolver recomendações específicas, quando indicado;

- j) Participar no planeamento e acompanhamento da execução de obras a fim de garantir a adequação à prevenção das IACS;
- k) Participar no desenvolvimento e monitorização de programas de formação, campanhas e outras ações e estratégias de sensibilização;
- l) Participar e apoiar os programas de investigação relacionados com as IACS, consumos e resistências aos antimicrobianos, a nível nacional e internacional.

Artigo 47º

Núcleo Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco

1. O Núcleo Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco tem como função a deteção de situações de risco, abuso ou maus-tratos a crianças e jovens, funcionando em estreita colaboração com o Serviço de Pediatria.
2. A composição, competências e funcionamento constam de regulamento próprio, aprovado pelo Conselho de Administração.

Artigo 48º

Unidade Local de Gestão do Acesso

1. A Unidade Local de Gestão do Acesso (U.L.G.A.) é uma unidade funcional da Instituição, tendo como principal objetivo monitorizar e proceder à gestão do acesso a todas as vertentes da prestação de cuidados de saúde que compõem o SIGA SNS.
2. De acordo com o número 1 do artigo 18.º da Portaria nº 147/2017, de 27 de abril, compete ao órgão de gestão de cada Instituição do SNS determinar a coordenação e composição da respetiva U.L.G.A., tendo em consideração o perfil de competências determinado pela Unidade de Gestão do Acesso (U.G.A.).
3. A U.L.G.A. é composta por uma equipa multidisciplinar com competências na área da gestão em saúde e da governação clínica e de saúde, devendo a sua atividade ser realizada em estreita colaboração com a Direção Clínica.
4. A U.L.G.A. deve reunir periodicamente, reportando diretamente ao Diretor Clínico. Caso entenda necessário, pode a U.L.G.A. convocar para as reuniões as chefias intermédias, ou em quem estas delegarem.
5. As competências da U.L.G.A. estão especificadas no número 2 do artigo 18.º da Portaria nº 147/2017, de 27 de abril.
6. Deve a U.L.G.A. monitorizar periodicamente indicadores de acesso, referentes a todas as vertentes que compõem o SIGA SNS, que sejam relevantes para a melhoria do acesso dos utentes aos serviços de saúde prestados pela Instituição.

7. Da monitorização feita relativamente aos tempos máximos de resposta garantida (T.M.R.G.), deve a U.L.G.A. reunir periodicamente com os serviços para análise, recolha de principais justificações para os desvios e definição conjunta de medidas a adotar para redução dos T.M.R.G., nos termos estabelecidos na alínea g) e h) do diploma legal mencionado no ponto 5.

Artigo 49º **Outros órgãos de apoio técnico**

1. O Encarregado de Proteção de Dados (E.P.N. / D.P.O.) é um órgão de apoio técnico, conforme exige o artigo 12º, nº 1 e 2, al. g) da Lei nº 58/2019, de 08 de agosto – Lei da Proteção de Dados Pessoais (LPDP), regendo-se pelo disposto nos artigos 9º a 13º da mesma Lei e nos artigos 37º a 39º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (R.G.D.P.).
2. O Responsável pelo Acesso à Informação (R.A.I.) é um órgão de apoio técnico, conforme exigido pela Lei nº 26/2016, de 22 de agosto, pela qual se rege e que regula o acesso à informação administrativa e ambiental, assim como a de reutilização dos documentos administrativos.
3. O Gestor Local de Energia e Recursos (G.L.E.R.) é nomeado pelo Conselho de Administração e tem as competências definidas no Despacho n.º 5349/2019, de 31 de maio.
4. O Coordenador Hospitalar de Doação é nomeado pelo Conselho de Administração, sob proposta do coordenador nacional das unidades de colheita, de acordo com a Portaria n.º 357/2008, de 9 de maio, exercendo as competências previstas no mesmo diploma.

Secção VII **Órgãos de Apoio Especial**

Artigo 50º **Conselho Científico**

1. O Conselho Científico é um órgão de aconselhamento do Conselho de Administração para a investigação científica.
2. O Conselho Científico é constituído por todos os Trabalhadores com vínculo contratual ao IPO Porto detentores do grau académico de doutor, sendo nomeado pelo Conselho de Administração e presidido pelo Diretor do Centro de Investigação do IPO Porto (CI-IPOP).
3. Compete ao Conselho Científico:
 - a) Pronunciar-se sobre assuntos de natureza científica, por solicitação do Conselho de Administração;

- b) Pronunciar-se sobre assuntos de natureza científica apresentados pelo Diretor do Centro de Investigação;
- c) Pronunciar-se sobre o plano e relatório de atividades anuais do Centro de Investigação;
- d) Propor novas áreas de investigação em Oncologia.

Artigo 51º **Conselho Pedagógico**

1. O Conselho Pedagógico é um órgão de aconselhamento do Conselho de Administração para a formação e ensino.
2. O Conselho Pedagógico é designado pelo Conselho de Administração e tem a seguinte composição:
 - a) Diretor da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto (EPOP), que preside;
 - b) Dois elementos designados por cada membro do Conselho de Administração em representação das áreas sob a respetiva supervisão;
 - c) Diretor do Centro de Investigação do IPO Porto;
 - d) Diretor do Internato Médico.
3. Compete ao Conselho Pedagógico:
 - a) Pronunciar-se sobre o programa anual de formação institucional;
 - b) Analisar o relatório anual de atividades de formação e ensino;
 - c) Pronunciar-se sobre natureza e qualidade de cursos e outras ações formativas a realizar;
 - d) Propor ações de melhoria da qualidade das ações de formação e ensino desenvolvidas no IPO Porto.

CAPÍTULO III

Organização e Funcionamento dos Serviços

Secção I

Princípios gerais de organização

Artigo 52º **Tipologia dos Serviços**

1. O IPO Porto encontra-se organizado de acordo com a seguinte estrutura:
 - a) Serviços Assistenciais;
 - b) Serviços de Apoio à Atividade Assistencial;
 - c) Serviços de Ensino, Formação e Investigação;
 - d) Serviços de Gestão e Apoio Logístico.
2. Todos os serviços enumerados no número anterior, após nomeação das suas chefias, têm de elaborar ou rever o regulamento próprio, a submeter a aprovação do Conselho de Administração, o qual especifica o funcionamento interno, bem como todas as suas atividades, definindo a articulação entre as várias secções e serviços.

3. Cada serviço apresentará anualmente um plano de atividades (até 31 de julho do ano anterior) e um relatório de gestão/execução anual (até 30 de abril do ano subsequente), os quais serão submetidos a apreciação e aprovação do Conselho de Administração.
4. Todos os Serviços Assistenciais, Unidades Funcionais e Clínicas de Patologia e, sempre que possível e aplicável, os demais Serviços, devem contemplar na sua orgânica as estruturas que fomentem o ensino, formação e investigação, constituindo elos de ligação privilegiada com o Centro de Investigação do IPO Porto e Escola Portuguesa de Oncologia do Porto.
5. Os Serviços Assistenciais dependem hierarquicamente do Diretor Clínico. Os demais serviços dependem hierarquicamente do elemento do Conselho de Administração responsável pela área respetiva, conforme a delegação de competências aprovada.

Artigo 53º

Níveis Hierárquicos e Cargos de Direção e Chefia

1. Toda a organização depende hierarquicamente do Conselho de Administração e das suas estruturas orgânicas, sendo desempenhadas em regime de comissão de serviço, coincidente com o mandato do Conselho de Administração, exceto se previsto de outra forma em legislação própria. Após a cessação deste último, mantêm-se em funções até nova designação.
2. As direções dos departamentos, serviços e gabinetes, assim como os gestores de área, são nomeadas pelo Conselho de Administração de acordo com o disposto no artigo 28º do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, mediante aviso público prévio.
3. Os Coordenadores de Unidades Funcionais e Coordenadores de Clínicas de Patologia são designados pelo Conselho de Administração, sob proposta do Diretor Clínico.
4. As funções de Direção e de Gestão de Enfermagem, integradas em Departamentos, Serviços Assistenciais e Unidades Funcionais, decorrem da aplicação da legislação em vigor, sendo a sua nomeação realizada pelo Conselho de Administração mediante proposta fundamentada do Enfermeiro Diretor.
5. A coordenação dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica rege-se pelo disposto nos artigos 11º e 12º, respetivamente, do Decreto-Lei nº 110/2017 e Decreto-Lei nº 111/2017, ambos de 31 de agosto. Os técnicos coordenadores são nomeados pelo Conselho de Administração mediante proposta fundamentada do diretor do Departamento ou diretor de Serviço.
6. A gestão de recursos humanos dentro dos Departamentos e Serviços, independentemente da sua carreira ou categoria profissional, processa-se conforme o disposto no Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, salvaguardando competências técnicas e científicas.
7. A remuneração dos cargos de direção e chefia é definida através de uma política interna de remuneração, aprovada pelo Conselho de Administração e em consonância com a legislação em vigor.

Artigo 54º

Competências e princípios gerais de direção e chefia

1. Todos os responsáveis por cargos de direção ou chefia seguirão as melhores práticas na gestão dos recursos colocados sob a sua responsabilidade, com base em padrões de qualidade e de eficiência.
2. Compete aos responsáveis a cada nível hierárquico, colocar em prática as atividades próprias do ciclo de gestão, a saber:
 - a) Planear de acordo com os objetivos gerais de atividade do IPO Porto, tendo como instrumentos o plano de ação, o orçamento, o contrato-programa e o plano de atividades e orçamento;
 - b) Executar as medidas definidas no contrato interno ou plano aprovado pelo Conselho de Administração;
 - c) Acompanhar mensalmente o cumprimento do contrato interno ou do plano e reportar para o nível superior os resultados atingidos;
 - d) Corrigir os desvios, tomando as medidas apropriadas;
 - e) Orientar a atividade do serviço no sentido da satisfação das necessidades e expectativas dos doentes e da estrutura institucional, maximizando a eficiência;
 - f) Exercer a atividade operacional através da melhoria contínua da estrutura, dos processos e dos resultados, identificando e resolvendo problemas e estabelecendo a comparação com padrões de desempenho;
 - g) Promover a valorização dos recursos humanos, através da atualização do conhecimento, das técnicas utilizadas e do envolvimento nas atividades de criação de valor;
 - h) Estabelecer processos de trabalho multidisciplinares e intersectoriais;
 - i) Manter um sistema eficaz de controlo, destinado à salvaguarda dos ativos e à economia e eficiência na utilização de recursos;
 - j) Assegurar um registo de informação qualificado, íntegro e fiável.
3. Os responsáveis por cargos de direção ou chefia podem delegar competências, reservando sempre o controlo e mantendo a responsabilidade das atividades delegadas.

Secção II

Departamentos, Serviços Assistenciais, Unidades Funcionais e Clínicas de Patologia

Artigo 55º

Organização básica da atividade assistencial

1. As estruturas básicas de organização assistencial do IPO Porto são os Serviços Assistenciais, organizados em Departamentos, Unidades Funcionais e Clínicas de Patologia.
2. As Clínicas de Patologia são a base da organização assistencial em ambulatório, resultando da cooperação entre recursos próprios e recursos partilhados com os Serviços Assistenciais e Unidades Funcionais.
3. Os Departamentos, Serviços Assistenciais, Unidades Funcionais e Clínicas de Patologia podem, em função da sua especificidade, vir a constituir-se como centros de responsabilidade integrada, segundo critérios técnicos e/ou de gestão.
4. A organização e nomenclatura dos Serviços Assistenciais e Unidades Funcionais, enquanto centros de custo, tem em consideração a aplicação do Decreto-Lei nº 192/2015, de 11 de setembro, com a redação dada pelo Decreto-Lei nº 85/2016, de 21 de dezembro, que aprova o Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas.
5. Todos os Departamentos, Serviços Assistenciais, Unidades Funcionais e Clínicas de Patologia, após nomeação das suas chefias, têm de elaborar ou rever o regulamento próprio que especifica o funcionamento interno, bem como todas as suas atividades, definindo a articulação entre as várias secções e serviços, e submeter a aprovação do Conselho de Administração.

Artigo 56º

Definições e tipologia

1. **Departamentos:** são unidades orgânicas e de gestão constituídas por Serviços Assistenciais organizados segundo critérios de funcionalidade e eficiência.
2. **Serviços Assistenciais:** são equipas de prestação de cuidados de saúde baseadas em especialidades e competências médicas, estando organizadas em Departamentos.
3. **Unidades Funcionais:** são estruturas especializadas de prestação de cuidados, com recursos humanos e tecnológicos dedicados, cuja atividade incorpora profissionais médicos provenientes de diversos serviços assistenciais.
4. **Clínicas de Patologia:** são estruturas de atendimento ao doente no ambulatório, constituídas por médicos de diferentes especialidades, enfermeiros e outros profissionais de saúde, envolvidos no tratamento

multidisciplinar de uma área de patologia, exercendo a atividade num espaço próprio.

5. **Centros de Responsabilidade Integrada:** de acordo com a Portaria nº 330/2017, de 31 de outubro, alterada pela Portaria nº 71/2018, de 8 de março, são estruturas orgânicas de gestão intermédia, dependentes do Conselho de Administração, com o qual estabelecem um processo de contratualização interna, através do qual negociam o seu compromisso de desempenho assistencial e económico-financeiro para um período de três anos. Podem ser constituídos por Departamentos, Serviços ou Unidades Funcionais agrupados de acordo com as suas especificidades próprias, de modo a garantir a máxima funcionalidade e eficiência. A identificação dos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) aprovados no IPO Porto encontra-se publicada no site da Instituição, sendo esta informação atualizada sempre que haja alterações.
6. **Centros de Referência:** são estruturas especializadas de prestação de cuidados de saúde, organizadas nos termos da Portaria nº 194/2014, de 30 de setembro com a redação dada pela Portaria nº 52/2017, de 2 de fevereiro. Para os Centros de Referência (CRe) contribuem os serviços assistenciais neles envolvidos através das Clínicas de Patologia, sendo definida a Clínica responsável pelo CRe com base na que possuir maior envolvimento no mesmo. A identificação dos CRe aprovados no IPO Porto será publicada no site da Instituição, sendo esta informação atualizada sempre que haja alterações.

Artigo 57º

Organização dos Departamentos e Serviços Assistenciais

1. A estrutura dos Departamentos e Serviços Assistenciais é a seguinte:

Área de Gestão Cirúrgica

- a) Departamento de Anestesiologia e Medicina Intensiva
 - i. Serviço de Anestesiologia;
 - ii. Serviço de Medicina Intensiva;
 - iii. Emergência Médica Intra-hospitalar;
 - iv. Unidade de Dor.
- b) Departamento de Cirurgia
 - i. Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva;
 - ii. Serviço de Cirurgia Torácica;
 - iii. Serviço de Dermatologia;
 - iv. Serviço de Estomatologia;
 - v. Serviço de Ginecologia;
 - vi. Serviço de Neurocirurgia;
 - vii. Serviço de Oftalmologia;
 - viii. Serviço de Oncologia Cirúrgica;
 - ix. Serviço de Ortopedia;

- x. Serviço de Otorrinolaringologia;
- xi. Serviço de Urologia.

Área de Gestão Médica

- c) Departamento de Medicina
 - i. Serviço de Cardiologia;
 - ii. Serviço de Endocrinologia;
 - iii. Serviço de Gastroenterologia;
 - iv. Serviço de Genética Médica;
 - v. Serviço de Medicina Física e Reabilitação;
 - vi. Serviço de Medicina Interna;
 - vii. Serviço de Nefrologia;
 - viii. Serviço de Neurologia;
 - ix. Serviço de Imuno-hemoterapia;
 - x. Serviço de Pneumologia;
 - xi. Serviço de Psiquiatria;
 - xii. Serviço de Terapia Celular.
- d) Departamento de Medicina Oncológica
 - i. Serviço de Cuidados Paliativos;
 - ii. Serviço de Onco-Hematologia;
 - iii. Serviço de Oncologia Médica;
 - iv. Serviço de Pediatria Oncológica;
 - v. Serviço de Transplantação de Medula Óssea.

Área de Gestão de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

- e) Departamento de Ciências da Imagem e Radioncologia
 - i. Serviço de Braquiterapia;
 - ii. Serviço de Medicina Nuclear;
 - iii. Serviço de Radiologia;
 - iv. Serviço de Radiologia de Intervenção;
 - v. Serviço de Radioterapia.
- f) Departamento de Patologia e Medicina Laboratorial
 - i. Serviço de Anatomia Patológica;
 - ii. Serviço de Genética Laboratorial;
 - iii. Serviço de Patologia Clínica.

- 2. De acordo com a sua natureza, os Serviços Assistenciais participam na estrutura das Unidades Funcionais e Clínicas de Patologia.

Artigo 58º

Gestão dos departamentos

- 1. A direção do departamento é constituída por um Médico, que coordena, um Gestor de Área e um Enfermeiro em funções de direção. Nos Departamentos de Medicina e de Ciências da Imagem e Radioncologia inclui, ainda, um Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica, escolhido de entre os Técnicos Coordenadores do respetivo departamento. No Departamento de Patologia e Medicina

Laboratorial, inclui, também, um Técnico Superior, da área laboratorial, escolhido de entre os respetivos Técnicos Coordenadores e um Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica, escolhido de entre os respetivos Técnicos Coordenadores.

- 2. Compete à direção de departamento a coordenação geral de prestação de cuidados na respetiva área, em estreita articulação com os Diretores de Serviços Assistenciais.
- 3. A direção do departamento responde perante o Conselho de Administração, o qual fixa os objetivos, proporciona os meios necessários para os atingir e define os mecanismos de avaliação periódica.
- 4. A direção de departamento reúne, pelo menos, quinzenalmente, reunindo extraordinariamente sempre que for, para isso, convocada por um dos seus membros. Das reuniões são elaboradas atas, obrigatoriamente enviadas ao Conselho de Administração.
- 5. Haverá em cada departamento um conselho técnico de apoio à direção de departamento, composto por todos os Diretores de Serviço Assistencial, enfermeiros gestores e/ou técnicos coordenadores, cujo funcionamento será regulamentado pelos respetivos departamentos. Das reuniões são elaboradas atas, obrigatoriamente enviadas ao Conselho de Administração.

Artigo 59º

Competências da direção do departamento

- 1. Cada departamento é representado pelo respetivo diretor, o qual é responsável pela coordenação da atividade geral do mesmo, em estreita articulação com os restantes membros da direção e do conselho técnico, respeitando as devidas autonomias técnicas e científicas.
- 2. Constituem competências da direção de departamento:
 - a) Coordenar a gestão funcional de toda a equipa multidisciplinar e multiprofissional, em estreita colaboração com as chefias dos Serviços Assistenciais, de enfermagem e técnicas, podendo distribuir entre si e subdelegar competências a chefias globais ou sectoriais, salvaguardando a autonomia técnica específica de cada especialidade e profissão;
 - b) Elaborar o plano de atividade anual/plurianual e relatórios de gestão, agregando e sintetizando os documentos homólogos dos Serviços Assistenciais, a submeter à apreciação do Conselho de Administração;
 - c) Estabelecer as medidas necessárias à melhoria da orgânica e funcionamento do departamento, dentro do quadro global de funcionamento do IPO Porto e designar o responsável pela respetiva execução;
 - d) Realizar a gestão do pessoal do departamento, designadamente na organização dos horários de

trabalho e planos de férias do pessoal do departamento, a submeter a aprovação do Conselho de Administração, em estreita colaboração com as chefias dos Serviços Assistenciais, de enfermagem e técnicas, dentro dos limites estabelecidos nos documentos programáticos aprovados, em particular avaliando o seu desempenho;

- e) Fazer o acompanhamento da atividade do departamento e dos respetivos custos, identificando eventuais desvios e promovendo as intervenções necessárias à sua correção;
- f) Promover e estabelecer políticas de articulação com os restantes departamentos do IPO Porto, nomeadamente na melhoria dos processos transversais de prestação de cuidados em que o departamento intervenha e no estabelecimento de protocolos clínicos de atuação e prescrição.

Artigo 60º

Competências do Gestor de Área

1. A cada área de gestão corresponde um gestor (Gestor de Área), o qual depende hierarquicamente do elemento do Conselho de Administração responsável pela área respetiva, conforme a delegação de competências aprovada
2. Constituem competências específicas do Gestor de Área:
 - a) Garantir que a atividade dos Serviços se desenvolve de acordo com a estratégia, objetivos, organização e procedimentos definidos pelo Conselho de Administração;
 - b) Colaborar, em estreita articulação com as chefias das unidades orgânicas respetivas, na elaboração dos planos anuais e plurianuais de atividades e respetivos orçamentos tendo em vista o cumprimento dos objetivos em termos assistenciais, qualitativos e económico-financeiros contratualizados;
 - c) Colaborar com as chefias das unidades orgânicas respetivas na elaboração do relatório anual de atividades, para submissão à apreciação e homologação pelo Conselho de Administração;
 - d) Acompanhar os indicadores de produtividade, qualidade, eficiência, eficácia e acesso, tendo em vista a otimização dos recursos existentes, e o cumprimento das metas estabelecidas;
 - e) Acompanhar a evolução da produção, incluindo eventual produção adicional, definindo e propondo, se necessário, medidas corretivas;
 - f) Monitorizar e validar a informação referente à Produção Adicional, procedendo ao cálculo da respetiva remuneração para proposta à aprovação do Conselho de Administração;
 - g) Verificar que toda a produção realizada está a ser devidamente registada, colaborando com os Diretores do Serviço de Gestão de Doentes e do Serviço de

Gestão Financeira na implementação de medidas tendentes a otimizar o circuito de registo e faturação;

- h) Acompanhar a evolução das principais rubricas de custos, nomeadamente material de consumo clínico, medicamentos e reagentes; trabalho extraordinário; fornecimentos e serviços externos, propondo, se necessário, medidas corretivas, que levem ao cumprimento das metas definidas, ou a definir, para cada uma das referidas rubricas;
- i) Identificar oportunidades de melhoria, quer a nível do funcionamento e qualidade da prestação de cuidados como de proveitos e redução de custos, apresentando propostas, em conjunto com a chefia da unidade orgânica respetiva;
- j) Monitorizar a requisição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) por área e médico requisitante, bem como o custo da prescrição de medicamentos efetuada;
- k) Avaliar e dar parecer/informação sobre o impacto da contratação de Recursos Humanos; implementação de novas técnicas; aquisição de equipamentos; introdução de produtos e/ou investimentos a realizar, entre outros, mediante realização de análise custo-benefício com base em fundamentação clínica e tendo em conta o orçamento da unidade orgânica respetiva.

Artigo 61º

Tipologia e organização das Unidades Funcionais

1. As Unidades Funcionais dispõem de espaço físico próprio e estão diretamente dependentes do Diretor Clínico, em termos funcionais.
2. Cada Unidade Funcional é coordenada por um médico com perfil adequado, nomeado pelo Conselho de Administração, sob proposta do Diretor Clínico, do qual depende hierarquicamente.
3. A estrutura das Unidades Funcionais é a seguinte:
 - a) Bloco Operatório Central e de Ambulatório
 - b) Hospital de Dia
 - c) Serviço de Atendimento Não Programado
 - d) Unidade de Cuidados Intermédios
4. Bloco Operatório Central e de Ambulatório:
 - a) O Bloco Operatório Central e de Ambulatório é uma unidade funcional dedicada à realização de atos cirúrgicos em condições de máxima segurança para doentes e profissionais;
 - b) Disponibiliza aos doentes uma estrutura capaz de os acolher no total respeito pela sua pessoa e apta a proporcionar-lhes os tratamentos cirúrgicos adequados à sua condição clínica, de acordo com as regras internacionais e critérios de boa prática definidas para os Blocos Operatórios;
 - c) Desenvolve e aplica critérios de qualidade e eficiência em toda a atividade peri-operatória, otimizando as instalações e equipamentos disponíveis;
 - d) O apoio à gestão é realizado pelo Gestor da Área Cirúrgica.
5. Hospital de Dia:

- a) O Hospital de Dia (HD) é um serviço destinado fundamentalmente à administração de terapêutica médica antineoplásica em regime ambulatorio;
 - b) Promove também o ensino e a formação, assim como a investigação clínica, nomeadamente na área dos ensaios clínicos e investigação de translação, em estreita colaboração com o Centro de Investigação;
 - c) O apoio à gestão é realizado pelo Gestor da Área Médica.
6. Serviço de Atendimento Não-Programado:
- a) O Serviço de Atendimento Não-Programado (SANP) presta assistência permanente a doentes do IPO Porto com intercorrências, especialmente durante o período em que as Clínicas de Patologia e os Serviços Assistenciais não têm efetivos médicos em presença física;
 - b) O acesso ao SANP é exclusivo a doentes inscritos no IPO Porto, em tratamento ativo de doença oncológica e cuja situação aguda deva ser motivada por essa doença ou induzida pela terapêutica;
 - c) O SANP pode também receber doentes com patologia oncológica aguda, devidamente referenciados do exterior;
 - d) Compete ao Coordenador do SANP a organização de toda a assistência urgente ou não programada;
 - e) Todas as equipas de SANP são dirigidas por um Chefe de Equipa, nomeado pelo Conselho de Administração sob proposta do Diretor Clínico, mediante sugestão do Coordenador do SANP;
 - f) Compete ao Chefe de Equipa a coordenação da atividade diária do SANP, estando-lhe, ainda, atribuída a responsabilidade pelo funcionamento do hospital e pela resolução imediata de situações anómalas, na ausência do Conselho de Administração;
 - g) O apoio à gestão é realizado pelo Gestor da Área de Ambulatório.
7. Unidade de Cuidados Intermédios:
- a) A Unidade de Cuidados Intermédios (UCI) tem por finalidade assegurar a vigilância pós-operatória de doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos extensos ou complexos, que necessitem de vigilância clínica intensiva ou que devido à existência de comorbilidades associadas apresentam elevada dependência de cuidados médicos e de enfermagem;
 - b) Presta, ainda, apoio a doentes do foro médico instáveis e a necessitar de vigilância clínica e intensidade de cuidados de enfermagem não passíveis de ser proporcionados em ambiente de internamento;
 - c) Recebe doentes da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) prestando vigilância pós-operatória, doentes de outros Serviços devido a deterioração clínica funcionando como *Step-up Unit* ou como *Step-down Unit* ao receber doentes do Serviço de Cuidados Intensivos (SCI) dando continuidade ao processo de recuperação;

- d) O apoio à gestão é realizado pelo Gestor da Área Cirúrgica.

Artigo 62º **Clínicas de Patologia**

1. A abordagem do doente oncológico em ambulatório (consulta externa) está organizada em Clínicas de Patologia, na dependência direta do Diretor Clínico, dispondo de equipas próprias de enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais, assim como de espaço físico individualizado, devidamente identificado. As equipas médicas, multidisciplinares, são providenciadas pelos Serviços Assistenciais adequados.
2. A gestão da atividade de cada Clínica está a cargo de um Coordenador Médico, proposto pelo Diretor Clínico, coadjuvado por um Enfermeiro, proposto pelo Enfermeiro Diretor. O apoio à gestão é realizado pelo Gestor da Área de Ambulatório.
3. São objetivos das Clínicas de Patologia:
 - a) Assegurar a vertente multidisciplinar, elaborar normas de atuação para cada patologia no que concerne ao diagnóstico, tratamento e seguimento;
 - b) Assegurar a administração atempada dos cuidados e executar auditoria clínica permanente;
 - c) Incentivar a diferenciação profissional para a obtenção de melhores prestações;
 - d) Promover a investigação clínica e de translação com base na equipa multidisciplinar.
4. Sem prejuízo de eventuais futuras reorganizações, encontram-se instituídas as seguintes clínicas:
 - a) Clínica de Patologia da Cabeça e Pescoço;
 - b) Clínica de Patologia da Mama;
 - c) Clínica de Patologia da Pele, Tecidos Moles e Osso;
 - d) Clínica de Patologia do Sistema Nervoso;
 - e) Clínica de Patologia Digestiva;
 - f) Clínica de Patologia Endócrina;
 - g) Clínica de Patologia Ginecológica;
 - h) Clínica de Patologia Onco-Hematológica;
 - i) Clínica de Patologia Pediátrica;
 - j) Clínica de Patologia Pulmonar e Torácica;
 - k) Clínica de Patologia Urológica;
 - l) Clínica de Oncogenética.
5. É da competência das Clínicas de Patologia a realização de consultas de diagnóstico, consultas de grupo multidisciplinar de decisão terapêutica, consultas de grupo multidisciplinar de segunda opinião, consultas de seguimento e consultas de especialidade, assim como a realização de técnicas de diagnóstico e tratamento específicos.

Artigo 63º

Competências do Diretor de Serviço Assistencial e do Coordenador de Unidade Funcional

1. Em geral, compete ao Diretor de Serviço Assistencial e ao Coordenador de Unidade Funcional, dirigir toda a atividade do respetivo Serviço Assistencial ou Unidade Funcional, com salvaguarda das competências legais de outros órgãos ou cargos de direção ou chefia técnica, sendo responsável pela correção e prontidão dos cuidados de saúde a prestar aos doentes, bem como pela utilização e eficiente aproveitamento dos recursos colocados à sua disposição. No caso dos Diretores a sua ação é articulada diretamente com as Direções de Departamento.
2. São competências gerais do Diretor de Serviço Assistencial ou do Coordenador de Unidade Funcional:
 - a) Garantir a correção e prontidão dos cuidados de saúde a prestar aos utentes;
 - b) Assegurar a eficiente utilização e aproveitamento dos recursos postos à sua disposição;
 - c) Elaborar o plano de ação do serviço e o relatório anual de atividades;
 - d) Analisar mensalmente os desvios verificados face à atividade e dotações orçamentais estabelecidas e, quando for caso disso, adotar ou propor as medidas necessárias à sua retificação;
 - e) Propor programas de controlo de qualidade;
 - f) Assegurar a correta organização dos processos clínicos, nomeadamente no que se refere à correta e atempada codificação das altas clínicas, quando aplicável;
 - g) Propor todas as medidas que julgue adequadas para a prossecução dos objetivos do serviço ou unidade;
 - h) Coordenar a elaboração dos horários de trabalho e dos planos de férias, de acordo com a legislação em vigor, e exercer outras competências relativas a pessoal que oportunamente venham a ser delegadas;
 - i) Coordenar e colaborar na formação de internos de formação específica, em estreita articulação com a direção de internato médico e, quando aplicável, com os restantes departamentos e serviços, assegurando a sua realização.

Artigo 64º

Competências do Coordenador de Clínica de Patologia

1. Em geral, compete ao Coordenador da Clínica de Patologia, dirigir toda a atividade da respetiva Clínica, com salvaguarda das competências legais de outros órgãos ou cargos de direção ou chefia técnica, sendo responsável pela correção e prontidão dos cuidados de saúde a prestar aos doentes, bem como pela

utilização e eficiente aproveitamento dos recursos colocados à sua disposição.

2. São competências gerais do Coordenador da Clínica de Patologia:
 - a) Zelar pelo normal funcionamento da Clínica de Patologia;
 - b) Assegurar a vertente multidisciplinar do tratamento;
 - c) Promover reuniões periódicas da Clínica de Patologia, com a participação de todos os seus elementos;
 - d) Estimular e coordenar a elaboração de protocolos de investigação multidisciplinares;
 - e) Promover e avaliar indicadores de qualidade e implementar auditorias clínicas;
 - f) Elaborar o plano de ação da Clínica de Patologia e o relatório anual de atividades.

Artigo 65º

Contratualização

1. O Conselho de Administração contratualizará com a Direção dos Departamentos/Serviços Assistenciais, em articulação com as Unidades Funcionais e Clínicas de Patologia, a produção e consumos para o ano subsequente, até 30 de outubro de cada ano.
2. Até 31 de julho de cada ano, será elaborado o plano de atividades com cada Departamento/Serviço Assistencial, Unidade Funcional e Clínica de Patologia que servirá de base ao contrato-programa a celebrar entre a entidade financiadora e o IPO Porto.
3. Neste plano deverão constar, entre outros, a capacidade instalada, previsão da atividade do Departamento; recursos humanos e técnicos necessários, trabalho suplementar previsto, proveitos extra contrato-programa, consumos com material de consumo clínico, medicamentos, equipamentos e reagentes.
4. A execução do plano será o principal instrumento de avaliação do Departamento/Serviço Assistencial, Unidade Funcional e Clínica de Patologia e seus responsáveis.
5. As direções de Departamento, Serviço Assistencial, Unidade Funcional e Clínica de Patologia devem, até 30 de abril de cada ano, elaborar um relatório de gestão sobre a atividade referente ao ano anterior.

Secção III

Organização Específica da Prestação de Cuidados no IPO Porto

Artigo 66º

Gestão de Camas e Internamento de Doentes

1. A gestão de camas e o internamento de doentes obedecem aos seguintes princípios:

- a) As camas do hospital não estão alocadas aos Serviços, sendo a sua distribuição orientada pelo tipo de ato terapêutico programado e por normas específicas entretanto aprovadas;
- b) Os internamentos programados são da responsabilidade do diretor de Serviço;
- c) Os internamentos não programados são da responsabilidade do médico que toma a decisão, devendo ser informado o diretor de Serviço respetivo;
- d) Todos os pedidos de internamento devem ser encaminhados para o Serviço de Gestão de Doentes, que orientará o internamento em função da patologia e do tratamento a realizar, de acordo com as disponibilidades.

Artigo 67º

Princípios Organizativos da Área de Ambulatório

1. A Área de Ambulatório engloba todas as áreas de prestação de cuidados em regime de não internamento, designadamente:
 - a) Consultas externas;
 - b) Sessões de Hospital de Dia;
 - c) Sessões de Radioterapia;
 - d) Cirurgias de ambulatório;
 - e) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
 - f) Atendimento não programado
2. A Direção da Área de Ambulatório é responsável pela gestão dos recursos humanos e de procedimentos administrativos alocados às consultas externas, integradas ou não nas Clínicas de Patologia, sendo nomeada pelo Conselho de Administração e tendo a seguinte constituição:
 - a) Coordenador Médico, proposto pelo Diretor Clínico
 - b) Enfermeiro Gestor, proposto pelo Enfermeiro Diretor
 - c) Gestor da Área de Ambulatório
3. Os cuidados prestados em regime de ambulatório são centralizados e geridos administrativamente a partir do Serviço de Gestão de Doentes, que articula todos os procedimentos com as restantes unidades e serviços, assim como as instituições externas prestadoras de cuidados de saúde.
4. Todos os gabinetes e salas de tratamentos são polivalentes e de uso não personalizado ou exclusivo de um tipo de consulta, excetuando-se os que dispõem de equipamento específico.
5. Os serviços cuja atividade se exerça exclusiva ou predominantemente em regime ambulatório poderão ter aí a sede respetiva, se outra não lhe for destinada.

Secção IV

Serviços de apoio à atividade assistencial

Artigo 68º

Tipologia dos serviços de apoio à atividade assistencial

1. Constituem Serviços de Apoio à Atividade Assistencial do IPO Porto os seguintes:
 - a) Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa;
 - b) Serviço de Epidemiologia;
 - c) Serviço de Física Médica;
 - d) Serviço de Medicina do Trabalho;
 - e) Serviço de Nutrição;
 - f) Serviço de Psicologia;
 - g) Serviço de Segurança no Trabalho e Gestão de Risco Geral;
 - h) Serviço Social;
 - i) Serviços Farmacêuticos.
2. Estes Serviços estão diretamente dependentes do Conselho de Administração e prestam apoio a toda a Instituição.
3. Os Serviços de Apoio à Atividade Assistencial trabalham em estreita relação com os Departamentos, Serviços Assistenciais e Unidades Funcionais, mas possuem individualidade técnica e autonomia própria.

Artigo 69º

Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa

1. O Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa tem por missão prestar apoio no domínio espiritual e religioso aos doentes e profissionais do IPO Porto.
2. Compete ao Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa assegurar as condições de prestação de assistência espiritual e religiosa aos doentes internados, de acordo com o Decreto-Lei nº 253/2009, de 23 de setembro.

Artigo 70º

Serviço de Epidemiologia

1. O Serviço de Epidemiologia tem por missão recolher, tratar e divulgar informação epidemiológica referente à doença oncológica numa base populacional regional (em articulação com o Registo Oncológico Nacional – RON) e de base hospitalar.
2. Ao Serviço de Epidemiologia compete:
 - a) Coordenar o Registo Oncológico Nacional (RON) em sistema rotativo por períodos de três anos em conjunto com os restantes Institutos Portugueses de Oncologia, de acordo com o definido na Lei nº53/2017;
 - b) Gerir os dados oncológicos regionais, no âmbito do RON;
 - c) Manter o Registo Oncológico (RO) de base hospitalar do IPO Porto com qualidade e atualizado;
 - d) Prestar serviço à comunidade sobre epidemiologia do cancro, através da divulgação de informação sobre a patologia;

- e) Divulgar estatísticas relativas aos doentes do IPO Porto, nomeadamente a dados relativos ao diagnóstico da patologia oncológica, características do doente e da neoplasia, estadiamento, tratamentos efetuados e seguimento;
 - f) Fornecer dados para a realização de estudos de investigação científica relativos a doentes do IPO Porto, nomeadamente, informação relativa a dados administrativos, características do doente, exames, diagnóstico da doença, estadiamento, tratamentos, resposta ao tratamento, follow-up e estado vital;
 - g) Fornecer informação de interesse para a gestão da Instituição;
 - h) Promover estudos de investigação científica na área da oncologia;
 - i) Apoiar na área da metodologia de investigação, epidemiologia e bioestatística, a realização de investigação científica na área da oncologia em colaboração com entidades externas (Universidades, Institutos, Consultoras) assim como apoiar trabalhos de investigação realizados por outros serviços do IPO Porto.
- h) A aquisição, receção, manipulação, administração e armazenamento das fontes radioativas;
 - i) A participação em programas de investigação e ensaios clínicos;
 - j) Supervisionar e cooperar com todos os Serviços da Instituição onde se utilizem equipamentos produtores de radiação ionizante ou radionucléidos (fontes seladas ou não seladas), no que respeita à Proteção Radiológica;
 - k) Zelar pelo cumprimento da legislação nacional em matéria de Radioproteção;
 - l) A formação dos profissionais habilitados e outro pessoal quanto aos aspetos relevantes da proteção contra radiações ionizantes;
 - m) O estabelecimento das restrições de dose dos profissionais e acompanhantes de doentes;
 - n) A otimização das medidas necessárias para a limitação e otimização da dose recebida pelos membros do público derivadas das práticas institucionais envolvendo radiação ionizante;
 - o) A classificação dos trabalhadores profissionalmente expostos;
 - p) O estabelecimento dos programas de monitorização individual e do local de trabalho, bem como a correspondente dosimetria individual;
 - q) A otimização e controlo das condições de trabalho das trabalhadoras grávidas, puérperas ou lactantes;
 - r) O estabelecimento das medidas de gestão de resíduos radioativos;
 - s) Estabelecer medidas de prevenção de acidentes e incidentes e sua posterior análise;
 - t) A preparação e resposta a situações de exposição de emergência;
 - u) A preparação de documentos pertinentes, como sejam as avaliações prévias de segurança radiológica e respetivos procedimentos escritos.

Artigo 71º

Serviço de Física Médica

1. O Serviço de Física Médica presta consultoria sobre questões relacionadas com a física das radiações aplicada ou relacionada com as exposições médicas, ao Departamento de Ciências da Imagem e Radioncologia, atuando nas práticas radiológicas médicas de Radioterapia e Medicina Nuclear e prestando aconselhamento nas práticas de Radiologia, proporcionalmente ao risco radiológico da prática em causa, nomeadamente em todas as fases do procedimento nas práticas radioterapêuticas que possam envolver doses elevadas, conforme a legislação em vigor) e a toda a Instituição hospitalar sempre que haja utilização de fontes de radiação ionizante.
2. Ao Serviço de Física Médica compete:
 - a) Participar no planeamento de instalações de equipamentos produtores de radiação ionizante;
 - b) Participar na elaboração de protocolos de tratamento e diagnóstico;
 - c) Participar na escolha de novo equipamento destinado a diagnóstico ou tratamento, bem como aceitação e calibração do mesmo;
 - d) Participar na seleção de equipamento necessário para executar medições de proteção contra radiações;
 - e) A otimização dos tratamentos e exames de diagnóstico que utilizam radiações ionizantes;
 - f) A elaboração das normas de utilização dos equipamentos;
 - g) A execução dos programas de garantia da qualidade dos equipamentos e das práticas a desenvolver;

Artigo 72º

Serviço de Medicina do Trabalho

1. O Serviço de Medicina do Trabalho tem por missão assegurar as condições de trabalho que salvaguardem a segurança e a saúde física e mental dos trabalhadores, bem como informar e formar os trabalhadores no domínio da segurança e saúde no trabalho.
2. Ao Serviço de Medicina do Trabalho compete:
 - a) Vigilância da saúde dos trabalhadores;
 - b) Promoção da saúde dos trabalhadores;
 - c) Informação e formação para a saúde no trabalho.

Artigo 73º **Serviço de Nutrição**

1. O Serviço de Nutrição é responsável pela gestão da provisão de alimentação aos doentes e profissionais do IPO Porto.
2. Ao Serviço de Nutrição compete:
 - a) Supervisionar a preparação, confeção e distribuição de refeições aos doentes e profissionais da Instituição, de forma a garantir sua adequação nutricional e terapêutica;
 - b) Desenvolver funções de análise, diagnóstico nutricional, orientação nutricional, intervenção nutricional e monitorização da alimentação e nutrição, quanto à sua adequação, qualidade, segurança e sustentabilidade, tendo por objetivo máximo a promoção da saúde e do bem-estar e a prevenção e tratamento da doença, de acordo com a evidência científica;
 - c) Proceder ao acompanhamento das necessidades alimentares e nutricionais dos doentes, de forma a garantir uma assistência nutricional oncológica diferenciada e personalizada, utilizando os mais elevados padrões técnicos e de acordo com o estado da arte;
 - d) Adaptar o sistema de informação clínica para garantir o suporte à atividade profissional dos nutricionistas, promovendo a consulta e registo de atos e dados, no contexto da consulta de Nutrição e de outras intervenções nutricionais no internamento, e a sua partilha com outros profissionais, no respeito pela legislação aplicável em matéria de confidencialidade e proteção de dados;
 - e) Exercer a sua atividade em articulação com os Serviços Assistenciais, nomeadamente participando nos programas institucionais e ações multidisciplinares;
 - f) Promover e/ou colaborar em projetos de investigação e participar no ensino/formação nas áreas da alimentação e nutrição.

Artigo 74º **Serviço de Psicologia**

1. O Serviço de Psicologia tem como missão a prestação de cuidados de psicologia centrados na pessoa com doença oncológica assim como a atuação a nível da prevenção, investigação, educação e formação em Psicologia com elevados níveis de humanismo, eficácia e equidade.
2. Ao Serviço de Psicologia compete:
 - a) Efetuar avaliação psicológica, diagnóstico e intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde e/ou

- b) Psicoterapia com doentes em consulta individual ou em grupos;
- b) Efetuar avaliação e intervenção Neuropsicológica a doentes;
- c) Realizar consultas de Luto a familiares/cuidadores;
- d) Elaborar pareceres e relatórios psicológicos;
- e) Promoção da adaptação psicológica dos doentes e família/cuidadores à doença oncológica, tratamentos e reabilitação;
- f) Promover ou colaborar em ações na Instituição ou comunidade que visem a promoção da saúde e a prevenção da doença;
- g) Integrar comissões e grupos de trabalho de âmbito institucional;
- h) Organizar ou colaborar em ações de formação na área da psicologia;
- i) Liderar e participar em projetos de investigação;
- j) Contribuir para a formação académica e profissional em Psicologia.

Artigo 75º **Serviço de Segurança no Trabalho e** **Gestão de Risco Geral**

1. O Serviço de Segurança no Trabalho e Gestão de Risco Geral (S.S.T.G.R.G.) é um Serviço de natureza multidisciplinar e tem funções eminentemente preventivas do risco ocupacional e não clínico. No âmbito da prevenção dos riscos, o SSTGRG tem em vista sobretudo os trabalhadores do Instituto através da prevenção de todos os fatores extrínsecos ou intrínsecos de risco, ligados ao ambiente de trabalho e ao indivíduo cujas interações possam afetar a segurança, a saúde e a satisfação no trabalho.
2. O S.S.T.G.R.G. compreende as seguintes áreas de atividade:
 - a) Gestão do Risco Geral;
 - b) Segurança no Trabalho;
 - c) Psicologia da Saúde Ocupacional;
 - d) Segurança Hospitalar;
 - e) Ambiente e Saúde.
3. São funções principais do S.S.T.G.R.G. a prevenção dos acidentes e das doenças profissionais e a promoção da saúde e a responsabilidade pela formação em matéria de gestão de risco e de segurança no trabalho.

Artigo 76º **Serviço Social**

1. O Serviço Social tem por missão promover ativamente a reabilitação social dos doentes, reduzindo o impacto desfavorável de fatores socioeconómicos, culturais e ambientais na sua saúde.
2. Ao Serviço Social compete:
 - a) Garantir a avaliação e acompanhamento social a todos os doentes, em articulação com os Serviços Assistenciais de forma sistemática;

- b) A articulação com os Serviços Sociais da comunidade envolvente, de modo a garantir a continuidade da ação assistencial.

Artigo 77º

Serviços Farmacêuticos

1. Os Serviços Farmacêuticos têm por missão desenvolver as atividades de Farmácia Hospitalar, designadamente, assegurar a qualidade, eficácia e segurança da terapêutica medicamentosa, e promover ações de formação/ensino e investigação.
2. Aos Serviços Farmacêuticos compete:
 - a) Garantir a distribuição de medicamentos pelos vários Serviços;
 - b) Efetuar a correta armazenagem e participar na gestão adequada de stocks de medicamentos;
 - c) Articular com a comissão de farmácia e terapêutica, nomeadamente na manutenção do formulário em uso na Instituição, pareceres para introdução de novos medicamentos e divulgação de informação sobre medicamentos;
 - d) Participar na Investigação e Ensino.
3. Os Serviços Farmacêuticos estruturam-se em dois setores distintos:
 - a) Farmácia Clínica;
 - b) Ensaio Clínicos e Investigação.
4. Ao setor da Farmácia Clínica compete:
 - a) Proceder a gestão do medicamento nas diferentes áreas de atuação: internamento, ambulatório, hospital de dia;
 - b) Promover a distribuição individualizada diárias em dose unitária aos doentes internados na Instituição;
 - c) Salvaguardar o controlo integral do circuito do medicamento e produtos farmacêuticos;
 - d) Preparar/manipular os medicamentos estéreis e/ou não estéreis, assegurando o respetivo controlo, segundo as normas de qualidade e segurança aplicáveis;
 - e) Efetuar a correta armazenagem e participar na gestão adequada de stocks de medicamentos e produtos farmacêuticos;
 - f) Promover a colaboração com entidades externas, maximizando a produção interna de preparações de quimioterapia e contribuindo para a otimização e partilha de recursos dentro do SNS;
 - g) Apresentar e adotar medidas conducentes à garantia e segurança do circuito de farmacovigilância;
 - h) Articular com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, nomeadamente na manutenção do formulário em uso na Instituição, pareceres para introdução de novos medicamentos, divulgação de informação sobre medicamentos, bem como apresentação de protocolos e normas de racionalização da utilização de medicamentos e produtos farmacêuticos;
 - i) Proceder ao planeamento anual do consumo de medicamentos e produtos farmacêuticos e colaborar

na elaboração da informação necessária para a preparação das formalidades técnicas dos respetivos processos de aquisição;

- j) Colaborar no ensino e desenvolvimento dos profissionais no âmbito da sua área específica.
5. Ao setor dos Ensaio Clínicos e Investigação compete:
- a) Integrar equipas de investigação clínica na realização de ensaios clínicos e outros estudos autorizados;
 - b) Gerir todo o circuito do medicamento experimental na Instituição;
 - c) Promover a evolução técnica e científica na área do medicamento;
 - d) Colaborar no ensino e desenvolvimento quer de profissionais quer no âmbito de estágios;
 - e) Avaliar a capacidade técnica de resposta para a preparação/manipulação do medicamento experimental para futura realização de ensaio clínico;
 - f) Colaborar em auditorias e inspeções com entidades externas.

Secção V

Serviços de Ensino, Formação e Investigação

Artigo 78º

Tipologia dos Serviços de Ensino, Formação e Investigação

1. Constituem Serviços de Ensino, Formação e Investigação do IPO Porto os seguintes:
 - a) Centro de Investigação do IPO Porto (CI-IPOP);
 - b) Direção do Internato Médico;
 - c) Escola Portuguesa de Oncologia do Porto (EPOP).

Artigo 79º

Centro de Investigação do IPO Porto (CI-IPOP)

1. O Centro de Investigação do IPO Porto (CI-IPOP) é uma unidade de I&D&I, formalmente reconhecida pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (MCTES/FCT HESC-Norte-Porto-776) tem por missão promover e coordenar a atividade de investigação científica do IPO Porto, responder a solicitações de natureza científica que lhe sejam presentes pelos diferentes órgãos da Instituição de acolhimento e articular as atividades de investigação realizadas em parceria com outras instituições.
2. A organização e estrutura do CI-IPOP constam do respetivo Regulamento Interno, aprovado pelo Conselho de Administração.
3. Compete ao CI-IPOP:
 - a) Estimular e integrar a atividade científica do Instituto;
 - b) Contribuir para a criação de uma cultura científica forte, guiada por objetivos e critérios de avaliação mensuráveis;

- c) Angariar e gerir fundos destinados ao financiamento da investigação;
 - d) Identificar e publicitar áreas prioritárias para atribuição de financiamento a projetos de investigação;
 - e) Criar condições para a avaliação externa e independente das linhas de investigação submetidas para financiamento;
 - f) Estimular a cooperação científica inter-institucional, nacional e estrangeira;
 - g) Promover a difusão do conhecimento científico e da cultura científica na sociedade.
4. A gestão financeira do CI-IPOP é assegurada pelo Gabinete de Gestão de Projetos e Investimentos.

Artigo 80º

Direção do Internato Médico

1. A Direção do Internato Médico constitui a estrutura central de gestão da formação médica pós-graduada, estando na dependência hierárquica e funcional do Diretor Clínico.
2. A forma de nomeação, composição e competências da Direção do Internato Médico regem-se pelo disposto no Decreto-Lei nº 13/2018, de 26 de fevereiro e pela Portaria nº 79/2018, de 16 de março.
3. A EPOP presta apoio administrativo à Direção do Internato Médico.

Artigo 81º

Escola Portuguesa de Oncologia do Porto (EPOP)

1. A Escola Portuguesa de Oncologia do Porto (EPOP) tem como missão promover a formação e o ensino em Oncologia a nível institucional e em colaboração com entidades de ensino parceiras.
2. A organização e funções da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto, regem-se por regulamento próprio aprovado pelo Conselho de Administração.
3. Os Órgãos de Gestão da EPOP são constituídos por:
 - a) Diretor da EPOP;
 - b) Coordenadores Pedagógicos para o Ensino em Saúde;
 - c) Gestor da Qualidade e de Risco Local;
 - d) Gestor Financeiro;
 - e) Gestor da Documentação Científico-técnica.
4. A atividade da EPOP é periodicamente analisada pelo Conselho Pedagógico.
5. Compete à Escola Portuguesa de Oncologia do Porto:
 - a) Planificar, organizar e realizar cursos e outras atividades formativas no âmbito da Oncologia;
 - b) Promover a formação contínua dos diferentes profissionais do Instituto;
 - c) Colaborar em ações de sensibilização e ensino da Oncologia à Comunidade;
 - d) Prestar o apoio logístico ao Ensino pré e pós-graduado;
 - e) Planear a formação de profissionais em Oncologia;

- f) Apoiar cursos de mestrado e de doutoramento realizados em colaboração com o IPO Porto;
- g) Autorizar estágios profissionais e estabelecer as suas regras;
- h) Gerir os espaços e infraestruturas dedicadas à formação.

Secção VI

Serviços de Gestão e Apoio Logístico

Artigo 82º

Tipologia dos Serviços de Gestão e Apoio Logístico

1. Constituem Serviços de Gestão e Apoio Logístico do IPO Porto os seguintes:
 - a) Serviço de Aprovisionamento e Logística;
 - b) Serviço Central de Esterilização;
 - c) Serviço de Gestão de Doentes;
 - d) Serviço de Gestão Financeira;
 - e) Serviço de Gestão Hoteleira;
 - f) Serviço de Gestão de Recursos Humanos;
 - g) Serviço de Gestão de Sistemas de Informação e Comunicação;
 - h) Serviço de Gestão de Transporte de Doentes;
 - i) Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes;
 - j) Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão;
 - k) *Outcomes Research Lab*;
 - l) Gabinete da Qualidade;
 - m) Gabinete de Comunicação e Imagem;
 - n) Gabinete de Gestão de Projetos e Investimentos;
 - o) Gabinete Jurídico.

Artigo 83º

Serviço de Aprovisionamento e Logística

1. O Serviço de Aprovisionamento e Logística (S.A.L.) é responsável pelo planeamento, aprovisionamento e distribuição de produtos, equipamentos e serviços.
2. O S.A.L. compreende três áreas funcionais:
 - a) Planeamento e Aquisições;
 - b) Logística;
 - c) Conferência de Faturas.
3. À área de Planeamento e Aquisições compete:
 - a) Planear, organizar e publicar todos os procedimentos concursais que pela sua tipificação sejam objeto de tramitação na plataforma eletrónica, garantindo a conformidade do Código dos Contratos Públicos;
 - b) Assegurar a execução das aquisições de todos os produtos, incluindo materiais de consumo e produtos farmacêuticos, equipamentos e serviços necessários ao funcionamento do IPO Porto e que decorram das solicitações e necessidades internas da Instituição;
 - c) Garantir a publicitação no portal dos contratos públicos, denominado Portal Base, e divulgação da

- informação pública sobre os contratos públicos sujeitos ao regime do Código dos Contratos Públicos;
- d) Zelar pela obtenção das melhores condições económicas de aquisição salvaguardando o cumprimento do Código dos Contratos Públicos, nomeadamente os princípios da transparência e da igualdade de oportunidades;
- e) Garantir a atualização e manutenção dos ficheiros mestre de artigos e de fornecedores.
4. À área de Logística compete:
- a) Assegurar a receção de todas as encomendas, incluindo produtos farmacêuticos;
- b) Assegurar a adequada armazenagem de dispositivos clínicos, reagentes, material de consumo hoteleiro, material de consumo administrativo e material de manutenção;
- c) Assegurar a adequada gestão de stocks de dispositivos clínicos, reagentes, material de consumo hoteleiro, material de consumo administrativo e material de manutenção;
- d) Assegurar a entrega de produtos farmacêuticos no armazém dos Serviços Farmacêuticos;
- e) Assegurar a distribuição interna de materiais por via da satisfação de requisições e por via da reposição de níveis;
- f) Assegurar a distribuição interna de carrinhos de unidade e a reposição de níveis de soros em alguns serviços;
- g) Assegurar o acompanhamento e manutenção dos armários de reposição de níveis instalados nas arrecadações (armazéns ou armazéns avançados, caso existam) dos Serviços;
- h) Inventariar o imobilizado adquirido pela Instituição ou oferecido por terceiros.
5. À área de Conferência de Faturas compete:
- a) Efetuar a conferência de faturas e notas de crédito/débito;
- b) Articular com os fornecedores no sentido de se corrigirem erros/anomalias em faturas;
- c) Proceder ao registo de faturas no aplicativo informático;
- d) Articular com os serviços utilizadores para a validação de prestações de serviços e entrega de artigos;
- e) Enviar as faturas, notas de crédito e notas de débito conferidas e registadas ao Serviço de Gestão Financeira.

Artigo 84º

Serviço Central de Esterilização

1. O Serviço Central de Esterilização (S.C.E.) assegura o processamento e reprocessamento de todos os dispositivos médicos de uso múltiplo (DMUM), necessários à prestação de cuidados ao utente, bem como de outros dispositivos e materiais necessários à realização de atividades de ensino, formação e investigação em Oncologia, tendo em vista a

utilização e manipulação segura destes dispositivos tanto para os utentes como para os profissionais de saúde, contribuindo deste modo para a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

2. Compete ao S.C.E.:

- a) Assegurar as boas práticas, segundo normas e orientações internacionais, nacionais e institucionais que garantam a qualidade técnica e a otimização dos recursos;
- b) Procurar a satisfação dos serviços utilizadores através da melhoria dos serviços prestados;
- c) Garantir a conformidade com os requisitos do Sistema de Qualidade;
- d) Assegurar a efetividade das atividades realizadas, procedendo à sua monitorização e avaliação, respeitando a opinião dos nossos clientes;
- e) Colaborar com o GCL-PPCIRA, na prevenção e controlo das IACS;
- f) Promover a concretização das políticas ou diretivas emanadas do Conselho de Administração;
- g) Colaborar com os Órgãos de Gestão nos compromissos por eles assumidos com os estabelecimentos de ensino e outros, relativamente à formação ou prestação de serviços, na área do reprocessamento de DMUM.

Artigo 85º

Serviço de Gestão de Doentes

1. O Serviço de Gestão de Doentes (S.G.D.) é responsável pela organização da prestação do apoio administrativo às estruturas clínicas do IPO Porto.
2. Ao S.G.D. compete:
- a) Acompanhar e gerir todo o circuito do doente, desde a admissão até à alta, em todas as áreas da Instituição;
- b) Assegurar e coordenar o apoio administrativo do Ambulatório, Internamento, Bloco Operatório e áreas de apoio ao doente;
- c) Planear e implementar o agendamento de atos médicos e não médicos na Instituição;
- d) Efetuar o agendamento e registo eletrónico de toda a produção hospitalar;
- e) Potenciar a faturação dos serviços prestados assegurando o correto registo dos mesmos;
- f) Operacionalizar os registos relativos a taxas moderadoras e a sua cobrança;
- g) Proceder à marcação de exames a realizar no exterior, bem como assegurar o cumprimento do procedimento e circuitos inerentes a esta área;
- h) Assegurar a transcrição e reencaminhamento de relatórios clínicos;
- i) Gestão do Arquivo Clínico físico da Instituição, dentro das exigências legalmente previstas;
- j) Coordenar o Serviço de Informação e Receção de Visitas;

- k) Coordenar o Gabinete de Apoio ao Doente, o qual inclui as competências do Gabinete do Cidadão, conforme o disposto no artigo 9.º, do Despacho n.º 8958/2013, de 9 de julho;
 - l) Promover a resolução e/ou o encaminhamento das solicitações dos utentes rececionadas por telefone, email ou portal do utente;
 - m) Elaborar e articular procedimentos administrativos entre as unidades orgânicas da Instituição;
 - n) Promover a formação e aperfeiçoamento do pessoal do Serviço Gestão de Doentes;
 - o) Colaborar nas atividades transversais do Serviço de Gestão de Doentes que lhe forem atribuídas;
 - p) Contribuir para que os utentes sejam atendidos com qualidade e humanização;
 - q) Executar outras funções que lhe sejam superiormente cometidas ou impostas por lei e/ou regulamento interno.
3. O Diretor de S.G.D. é, por inerência, o Gestor da Área de Ambulatório.

Artigo 86º **Serviço de Gestão Financeira**

1. O Serviço de Gestão Financeira (S.G.F.) é a estrutura central de administração das operações financeiras do IPO Porto e seu reporte ao Conselho de Administração.
2. Ao S.G.F. compete:
 - a) Executar a política económica, financeira e orçamental nos termos aprovado pelo Conselho de Administração;
 - b) Preparar o orçamento e assegurar o seu controlo, promovendo informação que permita um adequado controlo dos gastos;
 - c) Assegurar a relevação contabilística dos registos patrimoniais e orçamentais de acordo com os normativos contabilísticos legais;
 - d) Elaborar as demonstrações financeiras e respetivos anexos, bem como outras informações de natureza contabilística, económica e financeira;
 - e) Realizar e reportar os relatórios de acompanhamento e execução económico-financeira e orçamental, ao Conselho de Administração e Entidades de supervisão;
 - f) Dar cumprimento às obrigações fiscais e legais e ao dever de reporte às autoridades competentes;
 - g) Controlar a tesouraria e gerir as disponibilidades;
 - h) Proceder às conciliações bancárias e reconciliação de saldos de fornecedores e “clientes”;
 - i) Emitir toda a faturação do IPO Porto, à exceção das Taxas Moderadoras cuja tramitação compete ao Serviço de Gestão de Doentes;
 - j) Garantir a gestão de imobilizado, na sua vertente financeira e contabilística;

- k) Colaborar com o Gabinete de Gestão de Projetos e Investimentos e assegurar na vertente contabilística e financeira o seu controlo;
- l) Executar e desenvolver o sistema de contabilidade de gestão;
- m) Prestar toda a informação ao Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas;
- n) Exercer a sua atividade em articulação com os restantes serviços, participando nos programas institucionais e ações multidisciplinares, para os quais venha a ser convocado.

Artigo 87º **Serviço de Gestão Hoteleira**

1. O Serviço de Gestão Hoteleira (S.G.H.) é responsável pela gestão de estruturas de suporte transversais à Instituição
2. Ao S.G.H. compete assegurar as seguintes funções:
 - a) Normal funcionamento do Centro Hoteleiro de Apoio;
 - b) Vigilância das portarias, parques, jardins, áreas interiores e exteriores;
 - c) Provisão de alimentação, exceto no que tecnicamente depender do Serviço de Nutrição;
 - d) Limpeza das instalações e sua supervisão;
 - e) Recolha de resíduos e sua supervisão;
 - f) Rouparia;
 - g) Central telefónica;
 - h) Reprografia;
 - i) Casa Mortuária;
 - j) Coordenação e gestão da sala de refeições livres, quartos das equipas de profissionais e vestiários;
 - k) Coordenação e gestão de outros espaços de utilização comum;
 - l) Gestão e acompanhamento de contratos de prestação de serviços/*outsourcing*, nas áreas da sua competência.

Artigo 88º **Serviço de Gestão de Recursos Humanos**

1. O Serviço de Gestão de Recursos Humanos (S.G.R.H.) é responsável pela gestão dos processos relacionados com os recursos humanos da Instituição.
2. Ao S.G.R.H. compete:
 - a) Assegurar a dotação global de recursos humanos, através da execução e monitorização do orçamento, considerando os Planos de Atividades e Orçamento, independentemente do tipo de vínculo;
 - b) Identificar e validar as necessidades de Recursos Humanos reportadas pelos serviços do IPO Porto, promovendo processos de recrutamento e seleção, de forma profissionalizada e mediante a autorização do Conselho de Administração;
 - c) Preparar e orientar todos os processos relativos à admissão de pessoal, alterações de horários de

trabalho, alterações de vínculo, licenças, renovações, rescisões de contratos e aposentações;

- d) Assegurar todos os procedimentos administrativos de gestão de Recursos Humanos em matéria de mobilidade interna e externa;
 - e) Promover os respetivos procedimentos administrativos de progressão e promoção na carreira e reclassificação de recursos humanos;
 - f) Assegurar a implementação e desenvolvimento dos sistemas de avaliação de desempenho das diferentes carreiras previstos na Lei e nos instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho aplicáveis ao IPO Porto;
 - g) Assegurar, em tempo oportuno o processamento de remunerações e outros abonos, assim como garantir o cumprimento de todas as obrigações legais e fiscais dele decorrente;
 - h) Garantir o controlo da assiduidade e a manutenção do plano de férias;
 - i) Informar o Conselho de Administração todos os atos de gestão de pessoal que possam envolver despesa;
 - j) Organizar e manter atualizados os processos individuais do pessoal e garantir a boa gestão do seu arquivo;
 - k) Assegurar ao Conselho de Administração e aos restantes Serviços da Instituição a informação necessária à manutenção de uma correta e justa política de recursos humanos;
 - l) Garantir um atendimento diário disponível a todos os funcionários;
 - m) Colaborar na elaboração da estratégia de Recursos Humanos;
 - n) Colaborar na elaboração de Políticas e Procedimentos relativos à gestão de recursos humanos: recrutamento e seleção, remunerações, incentivos, avaliação de desempenho;
 - o) Elaborar o Balanço Social e o Relatório Único;
 - p) Realizar procedimentos de reporte a entidades externas, tal como o SIOE, e outros que lhe venham a ser cometidos;
 - q) Colaborar com outros serviços em atividades de reporte e de elaboração de relatórios nos termos em que lhe venham a ser cometidos pelo Conselho de Administração;
 - r) Colaborar em ações de desenvolvimento organizacional;
 - s) Criar e manter um sistema de informação de gestão de RH (indicadores de gestão de RH);
 - t) Garantir a legalidade de todos os processos relativos aos Recursos Humanos da Instituição fazendo cumprir a lei e os instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho aplicáveis no IPO Porto.
3. Ao S.G.R.H., na área de gestão de expediente, compete:
 - a) Realizar a receção, classificação e distribuição interna de toda a correspondência e documentação (interna e externa), bem como assegurar a sua expedição.

Artigo 89º

Serviço de Gestão de Transporte de Doentes

1. O Serviço de Gestão de Transporte de Doentes (S.G.T.D.) tem por missão assegurar o adequado fluxo de doentes não urgentes que necessitam de transporte providenciado pelo IPO Porto.
2. Ao S.G.T.D. compete:
 - a) Gerir e otimizar o circuito do transporte não urgente de doentes em todas as áreas assistenciais da Instituição;
 - b) Garantir o apoio administrativo a todos os utentes a quem for prescrito o transporte em ambulância;
 - c) Preparar formalidades técnicas do caderno de encargos para concurso de transporte não urgente de doentes;
 - d) Acompanhar a execução dos contratos de prestação de serviços na área da sua competência;
 - e) Conferir e validar as faturas dos fornecedores que prestam serviço de transporte não urgente de doentes;
 - f) Elaborar relatórios de análise aos movimentos e custos com a prescrição de transporte não urgente de doentes;
 - g) Promover a formação sobre a temática do transporte não urgente de doentes a todos os profissionais envolvidos no circuito;
 - h) Colaborar nas atividades transversais do Serviço de Gestão de Transporte de Doentes que lhe forem atribuídas;
 - i) Executar outras funções que lhe sejam superiormente cometidas ou impostas por lei.

Artigo 90º

Serviço de Gestão de Sistemas de Informação e Comunicação

1. O Serviço de Gestão de Sistemas de Informação e Comunicação (S.G.S.I.C.) é responsável pela gestão das estruturas de suporte ao fluxo de informação.
2. O S.G.S.I.C. tem por missão:
 - a) Manter uma rede eletrónica de circulação de dados;
 - b) Garantir a assistência das redes, *software* e *hardware* existentes;
 - c) Contribuir mediante iniciativas modernizadoras para um sistema de informação capaz e eficiente, adotando medidas para a segurança e integridade dos dados, bem como para salvaguarda e recuperação da informação;
 - d) Proceder à gestão dos sistemas de comunicação fixas e móveis existentes na Instituição, contribuindo para a adequação da estratégia adotada;
 - e) Gerir os recursos associados à impressão, otimizando a sua utilização, interligação e partilha, analisando as necessidades existentes e assegurando, nos termos aplicáveis, a sua manutenção;

- f) Apresentar propostas, no sentido de se obter um desenvolvimento integrado das aplicações informáticas e das infraestruturas de comunicação;
- g) Apoiar na elaboração, implementação e acompanhamento de projetos relacionados com as aplicações informáticas, destacando-se a promoção do desenvolvimento de sistemas de inteligência artificial;
- h) Emitir parecer sobre pedidos de aquisição de aplicação ou equipamento informático e de necessidades identificadas na área das comunicações, bem como colaborar na elaboração da informação necessária para a preparação das formalidades técnicas dos respetivos processos de aquisição;
- i) Manter uma base de registo de equipamento informático e de comunicações e respetiva distribuição;
- j) Contribuir, em colaboração com a Escola Portuguesa de Oncologia do Porto (EPOP), para uma cultura informática dentro da Instituição, conhecimento e manuseamento de novas aplicações e, para o acesso a novas tecnologias de informação.

Artigo 91º

Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes

- 1. O Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes (S.I.E.T.) tem por missão assegurar o adequado funcionamento das infraestruturas e equipamentos da Instituição.
- 2. Ao S.I.E.T. compete:
 - a) Promover e garantir a segurança de equipamentos, redes e outras estruturas físicas;
 - b) Garantir a adequação e a funcionalidade das instalações e das infraestruturas;
 - c) Elaborar e propor à aprovação o Plano Anual de Conservação e Manutenção das Instalações e Equipamentos;
 - d) Gerir a frota de transportes externos da Instituição;
 - e) Acompanhar e fiscalizar as obras de conservação ou de expansão da Instituição;
 - f) Preparar formalidades técnicas de cadernos de encargos para concursos de obras em instalações, conservação das infraestruturas, compra e manutenção de equipamentos;
 - g) Manter uma base de dados de manutenção e revisão de equipamentos;
 - h) Emitir pareceres técnicos e proceder a estudos financeiros de projetos da sua competência.

Artigo 92º

Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão

- 1. O Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão (S.P.A.G.) tem como missão centralizar e gerir a informação relativa à produção institucional, assim

como prestar apoio especializado ao Conselho de Administração no respeitante aos instrumentos de gestão organizacional.

- 2. O S.P.A.G. compreende três áreas:

- a) Gabinete de Apoio à Gestão;
- b) Gabinete de Estatística;
- c) Gabinete de Codificação Clínica.

- 3. Ao Gabinete de Apoio à Gestão compete:

- a) Coordenar a elaboração dos Instrumentos de Gestão Previsionais e de Prestação de Contas de âmbito institucional;
- b) Coordenar o sistema de controlo de gestão interno do IPO Porto;
- c) Preparar os documentos e sistematizar a informação necessária à elaboração do processo de contratualização interna e externa, e aos reportes de informação a entidades externas, que não sejam atribuídos a outro Serviço, Departamento ou aos Gestores de Área;
- d) Acompanhar a execução dos contratos-programa e efetuar análises periódicas sobre a evolução dos principais indicadores de gestão, formulando recomendações sobre os desvios detetados face ao previsto;
- e) Controlo de gestão da atividade da Instituição e apoio à melhoria do seu desempenho, em articulação com os Gestores de Área;
- f) Gerir sistema de informação de indicadores de gestão da Instituição.

- 4. Ao Gabinete de Estatística compete:

- a) Recolher, tratar e sistematizar toda a informação relativa ao movimento assistencial da organização;
- b) Submeter via Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento (SICA) a informação periódica relativa à monitorização do desempenho da Instituição.

- 5. Ao Gabinete de Codificação Clínica compete:

- a) Gerir integralmente o processo de registo dos diagnósticos e procedimentos clínicos, no âmbito da codificação clínica dos episódios de internamento e ambulatório, médico e cirúrgico, de acordo com as regras de codificação da *International Classification of Diseases* (ICD), na versão que se encontra em vigor.

Artigo 93º

Outcomes Research Lab

- 1. O *Outcomes Research Lab* (ORLab) é um serviço de natureza multidisciplinar que visa dar resposta à necessidade de produzir informação científica e obter conhecimento na área dos resultados em saúde.
- 2. O ORLab compreende as seguintes áreas de atividade:
 - a) *Real World Evidence (RWE) studies*;
 - b) *Big Data & Analytics*;
 - c) *Clinical Pathways*;
 - d) *Patient Reported Measures (PROM's/PREM's)*.

3. Compete ao *ORLab*:
- Gerir o processo de recolha e sistematização de informação relativa ao custo, segurança e efetividade das tecnologias da saúde utilizadas no IPO Porto, com particular ênfase nas inovadoras;
 - Fazer o acompanhamento dos "*Patient Access Schemes*", definidos aquando ou após autorização de utilização do medicamento pelo INFARMED, que incluam resultados;
 - Produzir trabalhos científicos no âmbito de: avaliação das tecnologias da saúde, *Value Based Healthcare* (VBHC) e resultados em saúde provenientes de estudos de RWE;
 - Estabelecer parcerias externas para alavancar a investigação, incluindo a participação em estudos observacionais de investigação clínica multicêntricos, nacionais e internacionais;
 - Projetar, implementar e acompanhar a execução de tarefas no âmbito do sistema informático de *Business Intelligence* e outros sistemas de bases de dados do serviço;
 - Coordenar e monitorizar o circuito de qualidade de vida relacionada com a saúde implementado no IPO Porto;
 - Implementar e desenvolver Clinical Pathways que reflitam a evidência científica e a prática instituída e promovam eficiência no tratamento da doença oncológica;
 - Dar apoio técnico, quando solicitado, aos projetos de investigação dos demais profissionais da Instituição, desde que integrados no âmbito e missão do Serviço.

Artigo 94º **Gabinete da Qualidade**

- O Gabinete da Qualidade (G.Q.) é responsável pela centralização e gestão dos processos de certificação e acreditação a nível institucional, coadjuvando os Serviços nas ações de caráter local.
- Ao G.Q. compete liderar e implementar uma estratégia global de melhoria da qualidade organizacional na Instituição, baseada em padrões de referência e em procedimentos sempre atualizados e adaptados às circunstâncias específicas.

Artigo 95º **Gabinete de Comunicação e Imagem**

- O Gabinete de Comunicação e Imagem (G.C.I.) tem por missão servir de interlocutor entre o IPO Porto e os meios de comunicação social, assim como mediar a realização de iniciativas com origem na sociedade civil e que tenham o IPO Porto como destinatário.
- Ao G.C.I. compete:
 - Intermediar a relação do IPO Porto e seus profissionais com os meios de comunicação social e

- com as estruturas congêneres da Administração Pública;
- Promover a imagem do Instituto, junto da população e dos profissionais;
- Criar mecanismos de divulgação de informação interna e externamente;
- Apoiar os Serviços do IPO Porto na conceção e elaboração de suportes documentais ou informáticos no âmbito da sua atividade.

Artigo 96º **Gabinete de Gestão de Projetos e Investimentos**

- O Gabinete de Gestão de Projetos e Investimentos (G.G.P.I.) tem por missão prestar apoio na gestão de projetos de investigação e desenvolvimento, assim como centralizar a informação relativa ao desenvolvimento de investimentos.
- Compete ao G.G.P.I.:
 - Realizar as tarefas de gestão administrativa de todos os projetos de investigação, de investimento e outros aprovados pelo Conselho de Administração, através de uma articulação estreita com os investigadores responsáveis, gestores de projetos de investimento e todos os serviços do IPO Porto que estejam envolvidos na execução dos mesmos;
 - Manter atualizada a base de dados relativa a projetos de investigação, investimentos e outros, com envio de informação periódica ao Conselho de Administração e entidades da Tutela que a requeiram;
 - Gerir os acessos a plataformas de submissão e gestão de projetos e investimentos, bem como carregar toda a informação que seja do seu âmbito e responsabilidade específica;
 - Adquirir e exercer competências de procura ativa de fontes de financiamento externo para apoio à realização de projetos de investigação e de investimento, auxiliando os investigadores e gestores na elaboração e submissão de candidaturas.

Artigo 97º **Gabinete Jurídico**

- O Gabinete Jurídico (G.J.) tem por missão prestar apoio especializado na área do Direito ao Conselho de Administração.
- Ao G.J. compete:
 - Consulta e apoio jurídico a todos os órgãos do Instituto, de administração ou técnicos, duradouros ou transitórios, bem como os serviços que o Conselho de Administração determinar, em particular o apoio aos procedimentos de recrutamento e seleção de pessoal e à contratação pública de bens e serviços, do direito do trabalho e do direito da saúde, em particular as áreas da prevenção da responsabilidade civil e penal médica;
 - Patrocínio judiciário em todas as jurisdições;

- c) Apoio na formação jurídica de quadros técnicos e das hierarquias do Instituto.

CAPÍTULO IV

Garantias

Artigo 98º Gestão do Risco

O IPO Porto assegura a manutenção de um sistema de Gestão do Risco, assente em atividades de identificação, avaliação de riscos potenciais, prevenção e controlo de perdas.

Artigo 99º Salvaguardas do Doente

1. Ao doente é assegurado tratamento segundo o estado da arte, de acordo com as orientações nacionais e/ou internacionais vigentes, sendo assegurada a informação adequada acerca da sua doença e dos meios que o IPO Porto possui para a tratar.
2. Ao doente internado é assegurado o acesso simplificado de visitas, de acordo com os normativos legais em vigor e as orientações das autoridades sanitárias.
3. Ao doente é assegurada liberdade de assistência religiosa e espiritual.
4. Ao doente e seus familiares é assegurada a defesa dos seus interesses e dos seus direitos legais.

Artigo 100º Confidencialidade

O IPO Porto possui uma política de confidencialidade, de acordo com a Lei, para assegurar a proteção de dados e da informação relativa a doentes e trabalhadores.

CAPÍTULO V

Disposições finais e transitórias

Artigo 101º Remissões

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

Artigo 102º Regulamentação Complementar

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

Artigo 103º Regulamentação revogada

Com a entrada em vigor do presente Regulamento considera-se revogada toda a regulamentação existente à data, salvo aquela que pela sua especificidade não viole o atual regulamento.

Artigo 104º Entrada em Vigor

O presente regulamento entra em vigor no dia seguinte à sua aprovação pelo membro do Governo responsável pela área da Saúde.

(Anexo: Organigrama do IPO Porto)



IPOPORTO ORGANIGRAMA
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FG, EPE

