



## DELIBERAÇÕES

19 DE MARÇO DE 2026

---

**ERS/063/2025**



---

## **DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (VERSÃO NÃO CONFIDENCIAL)**

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), nos termos do n.º 1 do artigo 4.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde nos setores privado, público, cooperativo e social;

Considerando as atribuições da ERS conferidas pelo artigo 5.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os objetivos da atividade reguladora da ERS estabelecidos no artigo 10.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os poderes de supervisão da ERS estabelecidos no artigo 19.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Visto o processo registado sob o n.º ERS/063/2025;

### **I. DO PROCESSO**

#### **I.1. Origem do processo**

1. No dia 5 de fevereiro de 2025, a ERS tomou conhecimento da reclamação subscrita por MS, a qual visa a atuação do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde (HSCM-VV), estabelecimento prestador de cuidados de saúde que integra a Santa

- Casa da Misericórdia de Vila Verde (SCM-VV), entidade inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o número de registo 13438.
2. Com efeito, na mencionada reclamação – registada no Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC) da ERS sob o número REC/13438/2025 – o exponente alega que, no dia 2 de outubro de 2024, realizou uma consulta de urologia no HSCM-VV, para a qual fora encaminhado pela sua médica de família.
  3. No decurso da aludida consulta, o Dr. LS – médico que, à data, se encontrava ao serviço e sob as ordens e instruções daquela unidade hospitalar -, entendeu que MS deveria realizar uma ressonância magnética, tendo, para o efeito, emitido a respetiva prescrição.
  4. Todavia, o HSCM-VV informou o utente que a realização daquele exame complementar de diagnóstico teria de ser custeada a expensas próprias.
  5. Foi, pois, neste contexto que, para efeitos de averiguação e apuramento cabal dos factos atrás descritos, o Conselho de Administração da ERS deliberou proceder, em 17 de julho de 2025, à abertura do presente processo de inquérito.

## **I.2. Diligências**

6. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
  - (i) Consulta dos dados constantes do SRER da ERS relativo à SCM-VV, constatando-se que se trata de uma entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita naquele SRER sob o número de registo 13438;
  - (ii) Apensação aos presentes autos de inquérito de todas as informações e elementos coligidos no âmbito do processo de reclamação n.º REC/13438/2025;

- (iii) Notificação da abertura dos presentes autos ao reclamante MS e à SCM-VV, diligências concretizadas através de ofícios datados de 22 de julho de 2025;

## II. DOS FACTOS

7. No dia 4 de fevereiro de 2025, MS redigiu no livro de reclamações da SCM-VV a exposição que mais abaixo se transcreve:

*“Eu, [MS] (...) fui encaminhado pelo médico de família para a consulta de especialidade de Urologia do [HSCM-VV] a 02-10-2024 com o Dr. [LS]. Na sequência desta consulta, foi prescrita ressonância magnética como exame auxiliar de diagnóstico, exame que me é dito teria de assumir eu próprio os custos da sua totalidade. (...)” – Negrito e sublinhado nosso. Cfr. Reclamação apresentada por MS, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.*

8. Em sede de alegações iniciais, a SCM-VV declarou o seguinte:

*“(...) - O utente [MS] foi atendido a 02-10-2024 em consulta de Urologia, pelo Dr. [LS], no âmbito do programa CTH — Consulta a Tempo e Horas;*

*- De facto, os doentes consultados no nosso Hospital ao abrigo do programa CTH — Consulta a Tempo e Horas, têm os meios complementares de diagnóstico incluídos na consulta, porém, a ressonância magnética não é um exame participado pelo SNS pelo que não poderá este Hospital assumir os custos associados à realização dos mesmos sempre que seja considerado essencial ao diagnóstico. (...)” – Cfr. Alegações iniciais apresentadas pela ULS-C em sede do processo de reclamação n.º REC/13438/2025, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.*

9. Considerando as informações e os elementos então do conhecimento da ERS, esta Entidade Reguladora, no âmbito do processo de reclamação n.º REC/13438/2025, solicitou à SCM-VV os seguintes esclarecimentos adicionais:

*“1-Com referência aos factos descritos na referida reclamação, descrevam todas as etapas percorridas pelo utente em apreço na [SCM-VV], com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhado de toda a documentação de suporte;*

*2- Remetam cópia de todos os acordos e convenções celebrados com o Serviço Nacional de Saúde para a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários deste, bem como das normas de adesão, respetiva(s) ficha(s) técnica(s) atualizada(s) e demais documentação relevante para a aferição do âmbito, objeto e condições aplicáveis à(s) convenção(ões), indicando se em algum momento foi suspensa a vigência das mesmas;*

*3- Remetam cópia da fatura-recibo emitida pela cobrança da aludida ressonância magnética;*

*4- Envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.” – Cfr. Mensagem de correio eletrónico, datada de 13 de junho de 2025, remetido pela ERS à SCM-VV no âmbito do aludido processo de reclamação.*

10. Em resposta, a SCM-VV declarou o seguinte:

*“(…) - 19-09-2024, 18h35 Entrada do pedido CTH (plataforma ALERT) proveniente da **UCSP do Minho***

*- 20-09-2024, 09h05 **Validação e encaminhamento administrativo***

[AP] (...)



*Assistente Administrativo; Atendimento ao doente;  
Consultas Externas*

- 23-09-2024, 10h36 **Triagem clínica**

[MV] (...)

*Médica; Triagem; Consultas Externas*

- 02-10-2024, 15h30 **1.ª | Consulta externa de Urologia (...)**

Dr. [LS] (...)

*Médico; Atendimento clínico; Consultas Externas, Bloco Operatório*

*|obs: avaliação e prescrição de análises clínicas |*

- 09-12-2024, 10h15 **2.ª | Consulta externa de Urologia (...)**

Dr. [LS] (...)

*Médico; Atendimento clínico; Consultas Externas, Bloco Operatório*

*|obs: avaliação e prescrição de análises clínicas |*

- 04-02-2025, 09h15 **3.ª | Consulta externa de Urologia (...)**

Dr. [LS] (...)

*Médico; Atendimento clínico; Consultas Externas, Bloco Operatório*

*|obs: avaliação e prescrição de Ressonância Magnética e RTU-P e Uretrotomia|*

- 14-03-2025, 08h36 **Realização de Ressonância Magnética | particular (...)**

Dr. [PC] (...)

*Médico Radiodiagnóstico; Atendimento clínico; Imagiologia / MCDT*

- 07-04-2025, 09h45 **Seguimento | Consulta externa de Urologia**  
(...)

Dr. [LS] (...)

*Médico; Atendimento clínico; Consultas Externas, Bloco Operatório*

*[obs: inscrito para cirurgia]*

- 08-04-2025, 09h00 **Inscrição em Lista Espera Cirúrgica para RTU-P**

[MA] (...)

*Assistente Administrativa; Atendimento ao doente; Bloco Operatório / Cirurgia (...)* – Negrito e sublinhado nosso. Cfr. Comunicação (e respetivos anexos), datada de 30 de junho de 2025, remetida pela SCM-VV à ERS, documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

11. Efetivamente, em anexo à referida comunicação, a SCM-VV remeteu à ERS a documentação que mais abaixo se identifica:

- Acordo de cooperação celebrado, em 28 de janeiro de 2022, entre a SCM-VV e a Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN) - a cujo conteúdo mais adiante se fará menção, bem como as respetivas fichas técnicas de consulta e de imagiologia;
- Fatura recibo n.º [...], a qual foi emitida pela SCM-VV em nome do utente MS, no valor global de 245,00 EUR (duzentos e quarenta e cinco euros), fruto da soma das seguintes rubricas: “***RM PÉLVICA***” (175,00 EUR) e “***RM SUPLEMENTO DE CONTRASTE***” (70,00 EUR);

– Negrito e sublinhado nosso. Cfr. Comunicação (e respetivos anexos), datada de 30 de junho de 2025, remetida pela SCM-VV à ERS.

### III. DO DIREITO

#### III.1. Da missão e das atribuições legais da ERS

12. Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto, a ERS “*tem por missão a regulação, nos termos previstos nos presentes estatutos, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*”, sinalizando a alínea b) do n.º 2 do mesmo preceito que as suas atribuições “*compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita [à] garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes*”.
13. O artigo 4.º dos mencionados Estatutos sublinha que a ERS “*exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social*” (n.º1), estando, assim, sujeitos “*à regulação da ERS, no âmbito das suas atribuições e para efeitos dos presentes estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas*” (n.º 2).
14. Resulta, pois, inequívoco que a SCM-VV é uma entidade prestadora de cuidados de saúde, inscrita, ademais, no SRER da ERS sob o número de registo acima identificado, encontrando-se, assim, sob a alçada regulatória e de supervisão da ERS.
15. Por outro lado, o artigo 10.º dos aludidos Estatutos define como objetivos da ERS, para além do mais, o de “*assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da*

*Constituição e da lei” (alínea b)), o de “garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes” (alínea c)) e, bem assim, o de “zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade” (alínea d)).*

16. Com efeito, a densificação dos objetivos enunciados nas três alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos seguintes dos Estatutos da ERS.

17. Assim, a alínea a) do artigo 12.º dos referidos estatutos estabelece que “[p]ara efeitos do disposto na alínea b) do artigo 10.º incumbe à ERS [a]ssegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados”.

18. O artigo seguinte, o 13.º, ressalva que, na prossecução do objetivo enunciado na alínea c) do artigo 10.º dos seus Estatutos, incumbe à ERS, entre outras atribuições, “[a]preciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas, nos termos do artigo 30.º, garantindo o direito de acesso pela Direção-Geral da Saúde e pela Direção-Geral do Consumidor à informação quanto à natureza, tipologia e volume das causas mais prevalentes de reclamações, bem como proceder ao envio de relatórios periódicos às mesmas entidades” (alínea a)) e “[v]erificar o cumprimento da «Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde», designada por «Carta dos Direitos de Acesso» por todos os prestadores de cuidados de saúde, nela se incluindo os direitos e deveres inerentes” (alínea b)).

19. O objetivo traçado na alínea d) do artigo 10.º dos mencionados Estatutos é densificado no artigo 14.º daquele diploma legal, atribuindo à ERS a incumbência de “[g]arantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade (...)” (alínea c)) e de “[p]ropor e

*homologar códigos de conduta e manuais de boas práticas dos destinatários atividade objeto de regulação pela ERS” (alínea d)).*

20. Na senda do disposto na alínea d) do artigo 14.º, e em concretização dos seus poderes de supervisão, o artigo 19.º dos referidos Estatutos identifica como incumbências da ERS, entre outras, a de “[z]elar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições” (alínea a)) e “[e]mitir ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes” (alínea b)).

21. Finalmente, aos poderes de supervisão supra enunciados, acrescem ainda os poderes sancionatórios consagrados no artigo 22.º dos Estatutos da ERS.

22. Assim, dispõe o n.º 1 do mencionado preceito que “[n]o exercício dos seus poderes sancionatórios relativos a infrações cuja apreciação seja da sua competência, incumbe à ERS desencadear os procedimentos sancionatórios adequados, adotar as necessárias medidas cautelares e aplicar as devidas sanções”, sendo certo que, como sinalizada o n.º 2 deste normativo, “[a]s decisões sancionatórias não dispensam o infrator do cumprimento do dever jurídico ou ordem ou instrução desrespeitada, nem prejudicam o exercício quanto aos mesmos factos dos poderes de supervisão previstos no artigo 19.º”.

23. Ora, com relevância para os presentes autos de inquérito, importa referir que “[c]onstitui contraordenação, punível com coima de (euro) 1000 a (euro) 3740,98 ou de (euro) 1500 a (euro) 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva (...) [a] violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde”, em concreto “[a] violação de regras estabelecidas em lei ou regulamentação e que visem garantir e conformar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde (...) em

*estabelecimentos públicos, publicamente financiados, ou contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas e subsistemas públicos de saúde ou equiparados, nos termos do disposto nas alíneas a) e b) do artigo 12.º* (artigo 61.º, n.º 2, alínea b), subalínea ii), 1.ª Parte dos Estatutos da ERS)..

### **III.2. Da prestação de cuidados de saúde aos utentes dos serviços de saúde**

#### **Em geral**

24. Inserido no Capítulo II (“Direitos e deveres sociais”), do Título III (“Direitos e deveres económicos, sociais e culturais”), da Parte I (“Direitos e deveres fundamentais”) da Constituição da República Portuguesa (CRP), o “direito à proteção da saúde”, consagrado no artigo 64.º da CRP, assume-se como um dos pressupostos fundamentais da densificação do princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1.º da CRP) e da “realização da democracia (...) social” (artigo 2.º da CRP).
25. Conforme se pode ler no n.º 3 do mencionado preceito constitucional, “[p]ara assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado (...) [g]arantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação” (alínea a)) e “[d]isciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade” (alínea d)).
26. Aliás, no mesmo sentido aponta também o legislador ordinário, desde logo na Base 1 da Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro, onde se esclarece que “[o] direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o

*desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer” (n.º 1), pelo que “[...] compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos” (n.º2).*

27. Por ser assim, “[o] Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais” (n.º 4 da Base 1).

28. A Base 20, por sua vez, define o SNS como “o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde” (n.º1).

29. Assim, constituem traves mestras da atuação do SNS as seguintes notas caracterizadoras: “[u]niversal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade” (alínea a)); “[g]eral, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes” (alínea b)); “[t]endencial gratuidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos” (alínea c)); “[i]ntegração de cuidados, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede” (alínea d)); “[e]quidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis” (alínea e)); “[q]ualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa” (alínea f)); “[p]roximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde” (alínea g)); “[s]ustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva,

*eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis” (alínea h));”*  
*[t]ransparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS” (alínea i) – Cfr. N.º 2 da Base 20 da LBS.*

30. Acrescenta o n.º 1 da Base 21 que “[s]ão beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses”, bem como “os cidadãos, com residência permanente ou em situação de estada ou residência temporárias em Portugal, que sejam nacionais de Estados-Membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de proteção internacional e migrantes com ou sem a respetiva situação legalizada, nos termos do regime jurídico aplicável” (n.º 2)<sup>1</sup>.

31. Não obstante a responsabilidade primacial atribuída ao Estado na garantia do direito constitucional à proteção da saúde, a verdade é que a efetivação do mesmo se estende a diversos tipos de prestadores de cuidados de saúde, devendo aquele direito ser assegurado pelos prestadores de cuidados de saúde:

- (i) Do SNS, próprios ou convencionados, no caso de todos os cidadãos portugueses e, ainda, de cidadãos estrangeiros, nos termos do regime jurídico aplicável;
- (ii) Próprios, convencionados ou em regime livre de um determinado sistema ou subsistema público de saúde, caso o utente seja beneficiário de tal sistema ou subsistema, e nos termos definidos pelo mesmo;
- (iii) Próprios, convencionados ou em regime livre, ao abrigo de um dado seguro de saúde, caso o utente haja contratado uma tal cobertura do risco de doença, e nos termos acordados com a entidade seguradora;
- (iv) Do setor privado, com ou sem fins lucrativos, mediante contraprestação acordada entre o utente e o concreto prestador, livremente escolhido.

---

<sup>1</sup> No mesmo sentido aponta o artigo 4.º, n.º 1 do novo estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

32. Trata-se, pois, de uma solução legislativa de compromisso que, com o objetivo de garantir e efetivar o direito constitucional à proteção na saúde, visa colmatar as eventuais lacunas e limitações (humanas, técnicas e financeiras) existentes nos estabelecimentos públicos de saúde num determinado contexto histórico-temporal.

#### **Do acordo de cooperação celebrado entre a SCM-VV e a ARSN**

33. Dispõe o n.º 1 da Base 6 da LBS que “[a] *responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada*”, acrescentando o n.º 3 que “[o] *Estado assegura o planeamento, regulação, avaliação, auditoria, fiscalização e inspeção das entidades que integram o SNS e das entidades do setor privado e social*”.<sup>2</sup>

34. Assim, “[t]endo em vista a prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, e quando o SNS não tiver, comprovadamente, capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil, podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado, do setor social e profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da sua necessidade” (n.º 1 da Base 25 da LBS), ainda que se imponha ressaltar que “[o]s cuidados de saúde prestados nos termos do número anterior respeitam as normas e princípios aplicáveis ao SNS” (n.º 2).

35. Corolário do supra enunciado, o n.º 2 do artigo 2.º do novo estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, assinala que “[o]s estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados ou de serviços de saúde do setor privado e social podem integrar o SNS, nos

---

<sup>2</sup> Cfr. Base I, n.ºs 2 e 4 e Base IV, n.º 2 da LBS aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.

*termos da lei, mediante a celebração de contrato e nos limites da atividade contratada”.<sup>3 4</sup>*

Isto posto,

- 36.No dia 14 de outubro de 2013, entrou em vigor o Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, que “*define as formas de articulação do Ministério da Saúde e dos estabelecimentos e serviços do [SNS] com as instituições particulares de solidariedade social (IPSS), enquadradas no regime da Lei de Bases da Economia Social, aprovada pela Lei n.º 30/2013, de 8 de maio*” (artigo 1.º, n.º 1).
- 37.Assim, “[a]s IPSS intervêm na atividade do SNS mediante a realização de prestações de saúde traduzidas em acordos” os quais podem revestir, entre outras, a modalidade de “(...) [a]cordo de cooperação” (alínea b) do n.º 1 do artigo 2.º).
- 38.Ora, o acordo de cooperação “*visa a integração de um estabelecimento de saúde pertencente às IPSS no SNS, o qual passa a assegurar as prestações de saúde nos termos dos demais estabelecimentos do SNS*” (n.º 3 do artigo 2.º).
- 39.Ademais, os mencionados acordos “*são celebrados entre as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as IPSS e produzem efeitos após a homologação do membro do Governo responsável pela área da saúde*” (artigo 3.º, n.º 1), sendo que, na sua celebração, deve ser respeitado, desde logo, o princípio da “[r]ealização das prestações de saúde em conformidade com as regras aplicáveis ao SNS” (alínea a) do n.º 1 do artigo 4.º).
- 40.Por outro lado, adverte o n.º 1 do artigo 8.º do que “[s]em prejuízo de previsão específica constante da alínea b) do artigo 14.º, os acordos são válidos por períodos até cinco anos, podendo ser automaticamente renovados, salvo se, com a antecedência mínima de 180 dias em

---

<sup>3</sup> Cfr. Artigo 3.º, n.º 1 alínea g) do novo Estatuto do SNS.

<sup>4</sup> Cfr. Artigo 37.º, n.º 1, alínea c) do anterior Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

*relação ao termo de cada período de vigência, qualquer das partes os denunciar”.*

41. A título complementar, importa referir que o artigo 10.º deste diploma legal identifica como dever das IPSS com acordo de cooperação celebrado a prestação de *“cuidados de saúde de qualidade aos utentes do SNS, em tempo útil, nas melhores condições de atendimento, não estabelecendo qualquer tipo de discriminação”.*

42. Finalmente, a alínea a) do n.º 1 do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro atribuiu à respetiva ARS a obrigação de *“[a]valiar, de forma sistemática, a qualidade e acessibilidade dos cuidados prestados pelas IPSS que tenham estabelecido acordo nos termos do presente decreto-lei e zelar pelo seu integral cumprimento”.*

Aqui chegados,

43. Foi precisamente ao abrigo das disposições legais suprarreferidas que a SCMM-VV celebrou com o SNS, representado pela ARSN, o acordo de cooperação acima aludido, o qual produziu efeitos em 1 de janeiro de 2022 (Cláusula XXX).

44. Ora, dispõe a Cláusula I que *“[o] presente Acordo tem por objeto definir e regular os termos em que é contratada pela ARS [SCM-VV] e por esta assegurada a prestação de cuidados de saúde pelo [HSCM-VV]”* (n.º 1), sendo que *“[c]om a celebração do presente Acordo o referido estabelecimento da Misericórdia passa a integrar a rede nacional de prestação de cuidados de saúde, em complementaridade com o SNS”* (n.º 2).

45. O mencionado acordo assente, entre outros, nos seguintes princípios (Cláusula II):

- *“Promoção do acesso, melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, satisfação dos utentes e obtenção de ganhos em saúde”* (alínea c));

- *“Realização das prestações de saúde com respeito pelas regras aplicáveis ao SNS” (alínea d)).*

46. Com efeito, a Cláusula III do aludido Acordo de Cooperação estabelece que “[a] prestação de cuidados de saúde abrangida pelo presente Acordo é destinada exclusivamente aos utentes do SNS inscritos nos Agrupamentos de Centros de Saúde da respetiva área geográfica de intervenção da ARS, preferencialmente os constantes do Anexo I” (n.º1).

47. Efetivamente, de entre os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) identificados naquele Anexo I consta o ACES Cávado I - Braga, no qual está integrada a UCSP do Minho.

48. Ademais, “[n]o acesso às prestações de cuidados de saúde, a Misericórdia deve respeitar o princípio da igualdade, assegurando aos utentes o direito de igual acesso, obtenção e utilização e o direito de igual participação, devendo os utentes ser atendidos segundo um critério de prioridade clínica em função das suas necessidades” (Cláusula VI, n.º 4).

49. Por outro lado, o referido Acordo de Cooperação abrange, para além do mais, a realização de consultas externas nas especialidades de urologia (Cláusula III, n.º 2, alínea a)), sendo certo que as referidas consultas abrangem *“todos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica<sup>5</sup>, decorrentes das mesmas”* (n.º 3 da mesma Cláusula).

50. No mesmo sentido, o n.º 4 da Cláusula III sinaliza que “[a]s prestações de saúde previstas na presente cláusula implicam a prestação integrada, direta ou indiretamente, de todos os outros serviços de que o

---

<sup>5</sup> No anexo IV (“Conceitos”) do Acordo de Cooperação ora em análise é ainda clarificado que por MCDDT deve entender-se a “expressão utilizada para designar, indiferentemente,” os seguintes atos:

- *“Ato complementar de diagnóstico - exame ou teste que fornece resultados necessários para o estabelecimento de um diagnóstico (alguns atos podem ser simultaneamente de diagnóstico e terapêutica)”* (alínea a));
- *“Ato complementar de terapêutica - prestação de cuidados curativos, após diagnóstico e prescrição terapêutica (alguns atos podem ser simultaneamente de diagnóstico e terapêutica)”* (alínea b)).

*utente deva beneficiar, relacionados com o respetivo estado de saúde ou com a sua estada no estabelecimento de saúde”.*

51. Em matéria de deveres a cumprir, a SCM-VV obrigou-se, para além do mais, a “[p]restar cuidados de saúde de qualidade aos utentes do SNS, em tempo útil, nas melhores condições de atendimento, não estabelecendo qualquer tipo de discriminação” (Cláusula V, alínea a)).

52. No que diz respeito às regras de referenciação, o Acordo de Cooperação clarifica que deverão se respeitadas as seguintes regras (Cláusula VII):

*“a) Ser realizada por médico de família pertencente a um dos Agrupamentos de Centros de Saúde da área geográfica de intervenção da ARS, com exceção do Serviço de Atendimento Permanente;*

*b) Ser realizada eletronicamente, através dos sistemas de informação em utilização no SNS;*

*c) Ser devidamente fundamentada através de relatório clínico detalhado;*

*d) Corresponder a prestação de saúde requisitada de especialidade/valência que tenha enquadramento no objeto do presente Acordo, como previsto na cláusula II;*

*e) Ser precedida de uma consulta de especialidade, nos termos do Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA), caso corresponda a acesso à prestação de cuidados cirúrgicos, em regime de internamento ou de ambulatório;”*

53. Acresce ainda que, por força da celebração deste Acordo de Cooperação, a SCM-VV obrigou-se ainda “ao cumprimento das regras previstas no âmbito do Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA), para gestão das listas de espera para consulta e cirurgia, nomeadamente garantindo o cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantida (TMRG)” (Cláusula IX).

54. Finalmente, a Cláusula XVII sinaliza ainda que “[o] acesso aos cuidados de saúde previstos no presente Acordo está sujeito ao pagamento das taxas moderadoras em vigor, nos casos em que a ele haja lugar nos termos da lei” (n.º 1), devendo a “proceder, nos termos dos estabelecimentos integrados no SNS, à faturação e cobrança de taxas moderadoras, constituindo receita do SNS todas as taxas moderadoras correspondentes às prestações de saúde realizadas, as quais serão entregues à Administração Regional de Saúde nos termos previstos no n.º 7 da cláusula XIX” (n.º 2).

### **III.3. Do regime de Consulta a Tempo e Horas**

55. Nos termos do disposto na alínea c) do n.º 1 da Base 2 da LBS, “[t]odas das pessoas têm direito [a] escolher livremente a entidade prestadora de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes”.

56. No mesmo sentido aponta, aliás, o n.º 2 artigo 2.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, sinalizando ainda o n.º 2 do referido preceito que “[o] direito à proteção da saúde é exercido tomando em consideração as regras de organização dos serviços de saúde”.

57. Ora, o acesso à primeira consulta hospitalar de especialidade configura, precisamente, um exemplo prático do exercício da liberdade de escolha em estabelecimentos públicos, o qual se norteia, como se disse, em conformidade com as “opções e as regras disponíveis no SNS” (Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, Anexo III, Ponto I, n.º 2).

58. Com efeito, as opções e regras em vigor que modelam o exercício da liberdade de escolha dos utentes nos estabelecimentos públicos em matéria de acesso à primeira consulta hospitalar de especialidade encontram-se previstas, desde logo, na Portaria n.º 95/2013, de 4 de março<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Não obstante resultar indiscutível a vigência, à data dos factos em apreciação nos presentes autos, da aludida Portaria, justificam-se algumas considerações complementares. Efetivamente, a Portaria n.º 147/2017 de 27 de abril, veio concretizar o desiderato de regulamentação do Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA) conforme previsto no n.º 5 do artigo 27.º-A da Lei n.º 15/2014, de 21 de março (na

59. Efetivamente, a referida Portaria, mais precisamente no Anexo dela constante, veio estabelecer o *“regime de referência e de gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, com origem nas unidades prestadoras de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS), designado por consulta a tempo e horas (CTH), tendo por base critérios de prioridade clínica e de antiguidade do registo do pedido de consulta”* (Ponto 1.1. do referido Anexo).
60. Assim, de entre os diferentes tipos de referência para efeitos de acesso àquela primeira consulta, importa destacar, pela sua relevância para os presentes autos, a que é efetuada por parte dos prestadores de cuidados de saúde primários do SNS (Ponto 1.2.1 do Anexo à Portaria n.º 95/2013, de 4 de março).
61. Note-se que *“[o] pedido de primeira consulta de especialidade hospitalar pelo médico para a instituição de destino, bem como os procedimentos relacionados com o seu registo até à efetiva realização dessa consulta,*

---

redação introduzida pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril). Ora, o SIGA para as primeiras consultas de especialidade hospitalar regula, então, *“a referência e o acesso às primeiras consultas externas de especialidade realizadas pelos prestadores de cuidados referidos nas alíneas b) e d) do n.º 2 do artigo 2.º”* da Portaria, isto é, Cuidados de Saúde Hospitalares (Hospitais, Centros Hospitalares e respetivos Departamentos e Serviços, incluindo os integrados em ULS, com destaque para os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) e para os Centros de Referência) e Cuidados de Urgência - Serviços de Urgência definidos na Rede do SNS (do artigo 4.º, alínea b) da Portaria n.º 147/2017 de 27 de abril). Ademais, o n.º 2 do artigo 8.º da Portaria n.º 147/2017 de 27 de abril prevê um regulamento específico da componente SIGA 1.ª Consulta Hospitalar, a ser aprovado por Despacho do membro do Governo responsável pela área da Saúde. No mesmo sentido, o n.º 1 do artigo 26.º desta Portaria prevê também a aprovação de um conjunto de regulamentação específica, nomeadamente a que diz respeito ao *“SIGA 1ª Consulta Hospitalar”*, a aprovar no prazo de 90 dias (alínea a)). Não obstante o aludido prazo de 90 dias, a verdade é que, até à presente data, não foi ainda aprovada a regulamentação específica a que alude a alínea a) n.º 1 do artigo 26.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril. Acresce que a Portaria n.º 147/2017 de 27 de abril, que entrou em vigor no dia 1 de junho de 2017, procedeu à revogação da Portaria n.º 95/2013, de 04 de março (artigo 27.º). Dito isto, estatui o artigo 9.º do Código Civil (CC) *“[a] interpretação não deve cingir-se à letra da lei, mas reconstituir a partir dos textos o pensamento legislativo, tendo sobretudo em conta a unidade do sistema jurídico, as circunstâncias em que a lei foi elaborada e as condições específicas do tempo em que é aplicada”* (n.º 1), sendo certo que *“[n]a fixação do sentido e alcance da lei, o intérprete presumirá que o legislador consagrou as soluções mais acertadas e soube exprimir o seu pensamento em termos adequados”*. Neste sentido, sob pena da existência de um vazio legal no que respeita à regulamentação da Referência para a primeira consulta hospitalar, deve entender-se que, até à aprovação da regulamentação específica referenciada na alínea a) do n.º 1 do artigo 8.º da Portaria n.º 147/2017 de 27 de abril, se encontra plenamente em vigor a anterior legislação, em tudo o que não colida com a Portaria n.º 147/2017, nomeadamente, a Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, (com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 179/2014, de 11 de setembro), e a Portaria n.º 95/2013 de 4 de março. Aliás, nesse sentido aponta, indubitavelmente, o n.º 2 do referido artigo 26.º da Portaria n.º 147/2017 de 27 de abril, onde se sinaliza que *“[a]té à entrada em vigor da regulamentação prevista no número anterior, é aplicável, em tudo o que não colida com o disposto na presente Portaria, a regulamentação em vigor na data da sua publicação”*. Pelo exposto, a subsunção dos factos descritos nos presentes autos ao direito far-se-á tendo por enquadramento e referente os normativos anteriores à aprovação da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, em tudo o que não colida com tal diploma.

*realizam-se exclusivamente através da aplicação informática definida pela ACSS na componente de suporte ao CTH e de forma integrada com a aplicação informática utilizada no agendamento e na gestão da marcação de consultas de cada hospital” (Ponto 3.1. do aludido Anexo).*

62. Deste modo, “[s]ão intervenientes no CTH os médicos, os enfermeiros e outros profissionais de saúde com responsabilidades assistenciais, especificamente identificados, nomeados e responsabilizados para o efeito pelo órgão de gestão da instituição prestadora de cuidados de saúde, bem como os administrativos das unidades de cuidados de saúde primários e dos hospitais do SNS e hospitais do sector social com acordo de cooperação responsáveis pelo circuito administrativo do pedido de primeira consulta até à conclusão do respetivo processo” (Ponto 3.2. do Anexo à Portaria n.º 95/2013, de 4 de março).

63. Clarifica ainda o Ponto 5.2.3. do Anexo à Portaria n.º 95/2013, de 4 de março que “[a]tendendo ao nível da prioridade clínica atribuída pelo triador e sem prejuízo de prazos mais reduzidos que venham a ser definidos em função do tipo de patologia, a realização de primeiras consultas hospitalares tem o seguinte tempo máximo de resposta, contado a partir da data do registo do pedido pela unidade de cuidados de saúde primários (...) 150 dias, se a realização da consulta for considerada com prioridade normal”.

64. No que especificamente diz respeito aos pedidos de marcação, estes “são registados e enviados através da aplicação informática de suporte ao CTH pela instituição de origem para o hospital de referência” (Ponto 4.1. do aludido Anexo), sendo que, “[i]ndependentemente do número de triadores que intervenham no procedimento, o prazo máximo atribuído ao hospital de destino para avaliação do pedido e marcação da consulta é de cinco dias” (Ponto 4.8. do Anexo à Portaria n.º 95/2013, de 4 de março)”.

65. Ademais, “[c]ada referenciação pelo médico assistente para marcação de primeira consulta de especialidade hospitalar é efetuada para uma das especialidades constantes do anexo I do presente Regulamento, de

*acordo com as regras de referenciação aplicáveis e protocoladas entre as entidades envolvidas e reconhecidas pela respetiva ARS”, sendo que, “[n]a eventualidade de ocorrer a devolução do registo pelo triador, por falta de elementos clínicos que sustentem o pedido, compete ao médico assistente analisar e proceder à sua reformulação, reunindo, se necessário, informação clínica mais aprofundada”(Pontos 6.1 e 6.3 do Anexo à Portaria n.º 95/2013, de 4 de março)*

66. Relativamente à responsabilidade dos hospitais, é sinalizado que estas devem, para além do mais, assegurar:

- *“A articulação adequada, de acordo com os princípios da humanização (visão centrada no utente) e da eficiência, promovendo, para o efeito, a adoção de critérios e requisitos de referenciação entre hospitais e unidades de cuidados de saúde primários, designadamente através da elaboração de protocolos escritos” (Ponto 10.1.);*
- *“O cumprimento das regras de referenciação estabelecidas para o acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, evitando-se as situações de devolução de pedidos de marcação de primeira consulta por ausência ou insuficiente fundamentação ou falta de anexação de resultados clínicos considerados imprescindíveis à realização da avaliação“ (Ponto 10.2);*
- *“A adoção das regras de gestão de marcação de primeiras consultas, segundo critérios de prioridade clínica, assegurando progressivamente o encurtamento dos tempos de resposta” (Ponto 10.3.);*
- *“A Informação acessível ao médico assistente do estado do registo do pedido no circuito e retorno de informação clínica, visando a complementaridade das relações no âmbito da prestação aos utentes de cuidados de saúde integrados” (Ponto 10.4.);*

- “A fiabilidade e credibilidade da informação e normalização dos fluxos de informação relativamente aos utentes inscritos para primeira consulta hospitalar” (Ponto 10.5.);
- “A segurança e confidencialidade dos dados, designadamente através da parametrização dos perfis de acesso adequados aos utilizadores do sistema informático e a sua correta utilização” (Ponto 10.6.).

### III.4. Das taxas moderadoras no SNS

- **Em geral**

67. Tal como atrás se fez notar, o direito constitucional à proteção da saúde é realizado através de um SNS “*universal, geral e tendencialmente gratuito*” (alínea a), do n.º 2 do artigo 64.º da CRP e alínea c), do n.º 2 da Base 20 da LBS).

68. O advérbio “*tendencialmente*” – aditado à redação do n.º 2 do artigo 64.º da CRP aquando da 2.ª revisão constitucional (artigo 36.º, n.º 1 da Lei Constitucional n.º 1/89, de 8 de julho) – possibilita, pois, a cobrança de taxas moderadoras pela prestação de cuidados de saúde, as quais constituem, aliás, uma fonte de receita das instituições e serviços do SNS (n.º 2 do artigo 26 do Estatuto do SNS em vigor à data dos factos em apreciação nos presentes autos).

69. Não obstante, a Base 24 da LBS adverte que “[a] lei deve determinar a isenção de pagamento de taxas moderadoras, nomeadamente em função da condição de recursos, de doença ou de especial vulnerabilidade, e estabelecer limites ao montante total a cobrar” (n.º 1), ressaltando ainda que “[c]om o objetivo de promover a correta orientação dos utentes, deve ser dispensada a cobrança de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários e, se a origem da referência for o SNS, nas demais prestações de saúde, nos termos a definir por lei” (n.º 2).

70. A pretexto da apreciação da constitucionalidade de algumas normas da anterior LBS (aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), o Tribunal Constitucional (TC) teve oportunidade de interpretar o sentido e alcance da expressão “*tendencialmente gratuito*”.
71. De acordo com o entendimento vertido no Acórdão do TC n.º 731/95, de 14 de dezembro, a expressão “*tendencialmente gratuito*” não inverteu o princípio da gratuitidade, antes abriu a possibilidade de existirem exceções àquele princípio, nomeadamente quando o objetivo seja o de racionalizar a procura de cuidados de saúde (por exemplo, através da aplicação de taxas moderadoras).
72. Efetivamente, conforme se pode ler no mencionado Aresto:

*“(…) [O] Serviço Nacional de Saúde, cuja criação a Constituição determina, não é apenas um conjunto de prestações e uma estrutura organizatória; não é apenas um conjunto mais ou menos avulso de serviços (hospitais, etc.) —, é um serviço em sentido próprio. É, por isso, uma estrutura a se, um complexo de serviços, articulado e integrado». Embora da alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da Constituição não possa retirar-se um modelo único de organização do Serviço Nacional de Saúde, cuja criação aí se prescreve (cfr. o Acórdão n.º 330/89), certo é que a «liberdade» deferida ao legislador para a sua conformação sofre dos limites estabelecidos nesse mesmo preceito e que são a universalidade do Serviço Nacional de Saúde, a sua generalidade e a sua gratuitidade tendencial, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos.*

*(…)*

*«[S]ignifica rigorosamente que as prestações de saúde não estão em geral sujeitas a qualquer retribuição ou pagamento por parte de quem a elas recorra, pelo que as eventuais taxas (v. g., as chamadas «taxas moderadoras») são*

*constitucionalmente ilícitas se, pelo seu montante ou por abrangerem as pessoas sem recursos, dificultarem o acesso a esses serviços» (cfr. ob. cit., p. 343). Seja qual for o verdadeiro sentido da modificação operada pela Lei Constitucional n.º 1/89, através da introdução da expressão «gratuidade tendencial, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos», a mesma teve, pelo menos, o efeito de «flexibilizar» a fórmula constitucional anterior (a da «gratuidade» tout court), atribuindo, assim, ao legislador ordinário uma maior discricionariedade na definição dos contornos da gratuitidade do Serviço Nacional de Saúde. O artigo 64.º, n.º 2, alínea a), da Lei Fundamental não veda, pois, ao legislador a instituição de «taxas moderadoras ou outras», **desde que estas não signifiquem a retribuição de um «preço» pelos serviços prestados**, nem dificultem o acesso dos cidadãos mais carenciados aos cuidados de saúde.” – Negrito e sublinhado nosso.*

73. Assim, quando, na anterior LBS, o legislador sinalizava que a cobrança de taxas moderadoras tinha “o *objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde*” (n.º 1 Base XXIV), o que estava ínsito na vontade do legislador era que, nas situações em que a decisão de recorrer ou não aos cuidados de saúde depende unicamente da vontade do utente, essas taxas deveriam ser capazes de conter um consumo excessivo face às reais necessidades de cuidados de saúde.
74. Através da imposição do pagamento de determinado valor, pretendeu o legislador que, no momento da tomada de decisão de recorrer a determinado cuidado de saúde (em especial, em casos de pequena gravidade), fosse exercida uma pressão sobre o utente apta a moderar ou racionalizar o consumo excessivo.
75. De qualquer forma, importa sublinhar que a redução do consumo desnecessário será mais eficaz se a decisão de consumir estiver

unicamente na esfera do utente a quem serão cobradas as respetivas taxas.

76. Todavia, no caso do consumo de cuidados de saúde, não raras vezes verificam-se situações em que a decisão de consumo é partilhada entre utente e profissional de saúde, existindo mesmo casos em que tal decisão está, em exclusivo, “nas mãos” do segundo, tendo a prescrição médica um papel fundamental na tomada de decisão.

77. Ora, considerando a assimetria de informação existente entre o profissional de saúde e o utente, este assume a indicação daquele como decisiva na identificação da necessidade de consumo.

78. Assim, a título de exemplo, poderá dizer-se que o efeito moderador do consumo promovido pela taxa a cobrar é mais acentuado em contexto de urgência e, eventualmente, no acesso aos cuidados de saúde primários.

79. Em suma, atento o quadro normativo supra descrito e a política legislativa que lhe é subjacente, a cobrança de taxas moderadoras visa uma melhor racionalização da utilização do SNS, pese embora não corresponda a uma contrapartida financeira (isto é, ao pagamento do preço dos cuidados de saúde prestados), nem deva promover ou acarretar restrições no acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde.

- **Do regime legal das taxas moderadoras em vigor à data dos factos**

80. Ainda no período de vigência da anterior LBS, foi aprovado o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, que “(...) *regula o acesso às prestações do [SNS] por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios, tendo por base a definição das situações determinantes de isenção de pagamento ou de comparticipação, como situações clínicas relevantes de maior risco de saúde ou situações de insuficiência económica*” (artigo 1.º).

81. Conforme se pode ler no artigo 2.º do mencionado diploma legal (na redação em vigor à data dos factos, isto é, a que resulta do Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio), “[a]s prestações de saúde, cujos encargos sejam suportados pelo orçamento do SNS, implicam o pagamento de taxas moderadoras apenas nos serviços de urgência hospitalar.”.
82. No que especificamente concerne aos regimes especiais de benefícios, o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, na redação em vigor à data dos factos ora em apreciação, estabelece as categorias de isenção e dispensa do pagamento de taxas moderadoras com base em critérios de racionalidade e discriminação positiva dos mais carenciados e desfavorecidos, ao nível do risco de saúde ponderado e ao nível da insuficiência económica, bem como de determinados grupos populacionais que se encontram em condições de especial vulnerabilidade e risco - Cfr. artigos 4.º e 8.º do aludido diploma legal, na redação em vigor à data dos factos.
83. Em concreto, o artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro estabelece que, “[s]em prejuízo do disposto no artigo 2.º, a cobrança de taxas moderadoras é dispensada no atendimento em serviço de urgência nas situações em que há referenciação prévia pelo SNS ou nas situações das quais resulta a admissão a internamento através da urgência”.
84. Por sua vez, o artigo 7.º do referido diploma legal esclarece que “[a]s taxas moderadoras são cobradas no momento da realização das prestações de saúde, salvo em situações de impossibilidade do utente resultante do seu estado de saúde ou da falta de meios próprios de pagamento, bem como de regras específicas de organização interna da entidade responsável pela cobrança” (n.º 1). Ademais, as referidas taxas moderadoras “são cobradas pela entidade que realize as prestações de saúde, salvo disposição legal ou contratual em contrário” (n.º 2), sendo que “[n]os casos em que as taxas moderadoras não sejam cobradas no momento da realização do ato, o utente é interpelado para

*efetuar o pagamento no prazo de 10 dias subsequentes a contar da data da notificação” (n.º 3)*

85. Corolário do entendimento atrás secundado sobre a *ratio legis* subjacente à cobrança de taxas moderadoras – estas constituem um instrumento de racionalização da utilização do SNS, não correspondendo a uma contrapartida financeira, isto é, ao pagamento do preço dos cuidados de saúde prestados – o legislador, através da Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro (artigo 135.º), que aprovou o Orçamento do Estado para 2017, revogou o artigo 8.º A do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, que configurava como contraordenação o “*não pagamento de taxas moderadoras devidas pela utilização dos serviços de saúde*”.

### **III.5. Dos direitos do utente dos serviços de saúde: acesso universal e adequação dos cuidados de saúde**

86. Conforme atrás se fez notar, a LBS consagra o princípio do acesso universal dos utentes ao SNS (Base 20, n.º 2, alínea a)), o que decorre, aliás, dos comandos constitucionais previstos no artigo 64.º, n.º 2, alínea a) da CRP.

87. Nas palavras de Gomes Canotilho e de Vital Moreira, “[a] *universalidade confere a todos o direito de recorrer ao SNS sem seletividade nem discriminações (...) o que supõe a adequada cobertura territorial do país com unidades de saúde (...)*”<sup>7</sup>.

88. Por outro lado, estabelece a alínea b) da Base 2 da LBS que “*todas as pessoas têm direito [a] aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde*”.

<sup>7</sup> Canotilho, J.J. Gomes e Moreira, Vital, in Constituição da República Portuguesa Anotada, Volume I, artigos 1.º a 107.º, 4.ª edição revista, Coimbra Editora, 2007, página 827.

89. Com efeito, o disposto na alínea supratranscrita é paradigmático da relação estreita existente entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana, exigindo-se que aquela proteção seja concretizada de forma digna, o que significa que os respetivos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, os seus profissionais e, bem assim, os equipamentos por aqueles utilizados deverão revelar-se idóneos para proporcionar ao utente, porque colocado numa situação de particular fragilidade e vulnerabilidade, o conforto e o bem-estar exigíveis.
90. Por outro lado, o legislador sinaliza expressamente que uma outra dimensão da dignificação dos cuidados de saúde prestados ao utente decorre, igualmente, da prontidão com que os mesmos lhe são prestados, traduzindo uma preocupação evidente em garantir que, em cada uma das concretas fases do tratamento, aqueles cuidados são prestados num hiato temporal razoável.
91. Finalmente, a referência à adequação dos cuidados de saúde e à necessidade de os mesmos obedecerem quer à evidência científica, quer às boas práticas de qualidade e segurança espelha a preocupação do legislador em assegurar ao utente a correção técnico-científica dos cuidados e tratamentos que lhe são prestados.
92. Note-se que o direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde do utente, além dos comandos normativos genéricos consagrados na LBS, encontra, igualmente, guarida na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que estabelece os “*Direitos e Deveres do Utentes dos Serviços de Saúde*”.
93. De facto, o artigo 4.º do mencionado diploma legal estatui expressamente que o utente tem direito a “*a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita*” (n.º 1) e “*à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos*” (n.º 2).

94. Todavia, o n.º 3 do referido preceito legal acrescenta dois importantíssimos critérios de avaliação da adequação dos cuidados de saúde, sublinhando que estes deverão ser “*prestados humanamente e com respeito pelo utente*”, o que evidencia, uma vez mais, a interligação fortíssima entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana.
95. Em suma, o acesso aos cuidados de saúde, deve ser avaliado, pelo menos, numa quádrupla perspetiva, a saber: económica, geográfica, temporal e qualitativa.
96. Ora, a vertente económica implica que o acesso aos cuidados de saúde não fique dependente das condições económico-financeiras dos utentes, estando, ao nível do SNS, correlacionada com o princípio da tendencial gratuitidade dos serviços de saúde prestados.
97. De uma outra perspetiva, o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido aos utentes onde quer que vivam, isto é, o acesso dos utentes de determinada região deve ser assegurado em igualdade de circunstâncias, quando comparado com o acesso dos utentes de qualquer outra região do País (vertente geográfica).
98. Já a vertente temporal do direito de acesso surge associada à necessidade de obtenção de cuidados de saúde em tempo útil, por referência à situação clínica dos utentes.
99. Finalmente, numa perspetiva qualitativa, o acesso aos cuidados de saúde deve ser entendido como o acesso aos cuidados que efetivamente são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos utentes.

#### IV. Da análise da situação concreta

100. Na sequência das diligências de averiguação encetadas e, bem assim, da análise atenta e rigorosa dos elementos carreados para os presentes autos, logrou-se apurar, em síntese, o seguinte:

- a) No dia 1 de janeiro de 2022, entrou em vigor o acordo de cooperação para a prestação de cuidados de saúde celebrado entre a ARSN e a SCM-VV;
- b) Nos termos do disposto nesse acordo de cooperação, que se encontrava em vigor à data dos factos adiante descritos, estavam abrangidas consultas da especialidade de urologia, bem como todos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica dela decorrentes;
- c) Por força da celebração daquele acordo de cooperação, a SCM-VV obrigou-se a garantir o acesso aos cuidados de saúde nos termos ali definidos a todos os beneficiários do SNS, em particular aos utentes do SNS inscritos, entre outros, no ACES Cávado I – Braga, no qual estava integrado a UCSP do Minho.
- d) No dia 19 de setembro de 2024, a UCSP do Minho, por intermédio do médico de família de MS, referenciou este utente para consulta da especialidade de urologia no HSCM-VV;
- e) A mencionada consulta realizou-se no dia 2 de outubro de 2024, sendo assegurada pelo Dr. LS, médico que, à data, se encontrava ao serviço e sob as ordens e instruções do HSCM-VV;
- f) Nos dias 9 de dezembro de 2024 e 4 de fevereiro de 2025, MS realizou no HSCM-VV outras duas consultas da especialidade de urologia, ambas, novamente, ao cuidado do Dr. LS;
- g) No decurso desta última consulta, o Dr. LS, considerando a avaliação clínica efetuada, considerou pertinente e necessário que MS realizasse um exame complementar de diagnóstico e terapêutica, em concreto uma ressonância magnética;
- h) Uma vez formalizada a prescrição daquela ressonância magnética e obtido o respetivo consentimento do utente para o efeito, o HSCM-VV informou MS que, não sendo aquele exame complementar de diagnóstico e terapêutica participado pelo

SNS, a sua realização teria de ser custeada, a título particular, pelo próprio paciente;

- i) Neste seguimento, no dia 14 de março de 2025, MS realizou, no HSCM-VV, a ressonância magnética prescrita pelo Dr. LS, a qual foi assegurada pelo Dr. PC, médico que, à data, se encontrava ao serviço e sob as ordens e instruções do HSCM-VV;
- j) Neste mesmo dia, MS procedeu ao pagamento, a título particular, daquele exame, tendo a SCM-VV emitido, em nome do utente, a fatura-recibo n.º [...], no valor global de 245,00 EUR (duzentos e quarenta e cinco euros), fruto da soma das seguintes rubricas: “RM PÉLVICA” (175,00 EUR) e “RM SUPLEMENTO DE CONTRASTE” (70,00 EUR);

101. Conforme resulta da factualidade supra enunciada, logrou-se confirmar, no essencial, a factualidade alegada na reclamação.

102. Com efeito, através de prévia referenciação do seu médico de família (a desempenhar funções na UCSP do Minho), MS acedeu a consultas da especialidade de urologia no HSCM-VV, mais precisamente nos dias 2 de outubro e 9 de dezembro de 2024, bem como no dia 4 de fevereiro de 2025.

103. Como se referiu, o HSCM-VV encontra-se integrado na SCM-VV, a qual, por seu turno, era, à data, titular de um Acordo de Cooperação com o SNS, que incluía, para além do mais, a realização de consultas daquela especialidade, entre outros, a utentes inscritos na aludida UCSP.

104. Acresce que o sobredito Acordo de Cooperação prevê expressamente que, além das referidas consultas, o HSCM-VV deverá, igualmente, garantir àqueles utentes “*todos os meios complementares*

*de diagnóstico e terapêutica*<sup>8</sup>, decorrentes das mesmas” (Cláusula III, n.º 3 do Acordo de Cooperação).

105. Aliás, em termos mais genéricos, o número seguinte estatui que “[a]s prestações de saúde previstas na presente cláusula implicam a prestação integrada, direta ou indiretamente, de todos os outros serviços de que o utente deva beneficiar, relacionados com o respetivo estado de saúde ou com a sua estada no estabelecimento de saúde” (Cláusula III, n.º 4 do Acordo de Cooperação).

106. Note-se que, por força da celebração desse Acordo de Cooperação, o HSCM-VV passou a integrar o SNS “nos limites da atividade contratada”, pelo que, nesse âmbito, deve obediência às normas e princípios que regem o seu funcionamento (artigos 2.º, n.º 2 e 3.º, n.º 1 alínea g) do novo Estatuto do SNS e Cláusula I, n.º 2 do mencionado Acordo de Cooperação).

107. Ora, apurou-se que, nas datas acima identificadas, MS realizou no HSCM-VV três consultas da especialidade de urologia, todas elas asseguradas pelo Dr. LS, médico que, no decurso da consulta de 4 de fevereiro de 2025, considerou pertinente e necessário que MS realizasse um exame complementar de diagnóstico e terapêutica, designadamente uma ressonância magnética.

108. Não subsistem, pois, dúvidas de que MS acedeu àquelas três consultas na qualidade de beneficiário do SNS e de que a ressonância magnética prescrita pelo Dr. LS decorreu, direta e objetivamente, da avaliação realizada por esse médico no decurso daquelas consultas, em particular da última delas.

---

<sup>8</sup> No anexo IV (“Conceitos”) do Acordo de Cooperação ora em análise é ainda clarificado, mais precisamente na sua alínea z), que por MCDT deve entender-se a “expressão utilizada para designar, indiferentemente,” os seguintes atos:

- “Ato complementar de diagnóstico - exame ou teste que fornece resultados necessários para o estabelecimento de um diagnóstico (alguns atos podem ser simultaneamente de diagnóstico e terapêutica)” (alínea a));
- “Ato complementar de terapêutica - prestação de cuidados curativos, após diagnóstico e prescrição terapêutica (alguns atos podem ser simultaneamente de diagnóstico e terapêutica)” (alínea b)).

109. Donde, a situação em apreço é subsumível no disposto na Cláusula III, n.º 3 do Acordo de Cooperação e, mais latamente, no n.º 4 da mesma Cláusula.
110. Neste sentido, o HSCM-VV deveria ter garantido a MS a realização daquela ressonância magnética nos termos legais aplicáveis aos utentes do SNS, o que significa que nenhuma quantia pecuniária deveria ter sido cobrada ao paciente, nem sequer a título de taxas moderadoras, conforme decorre, *a contrario*, do disposto no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro.
111. Não tendo procedido nos termos *supra* descritos, antes tendo cobrado a MS a quantia de 245,00 EUR (duzentos e quarenta e cinco euros) pela realização, a título particular, daquele exame, o HSCM-VV violou, não apenas o disposto no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, mas também o princípio do acesso tendencialmente gratuito de utentes do SNS a cuidados de saúde (Base 20, n.º 2, alínea c) da LBS e artigo 64.º, n.º 2, alínea a) da Constituição da República Portuguesa) e, bem assim, o estabelecido na Cláusula III, n.ºs 3 e 4 do Acordo de Cooperação celebrado com a ARSN.
112. Por outro lado, ao atuar nos termos acima descritos, o HSCM-VV violou, igualmente, os interesses financeiros legítimos de MS, cobrando-lhe uma quantia que, nos termos legais aplicáveis, o utente não teria de suportar.
113. Nesse sentido, além da instrução adiante descrita, deverá, igualmente, ser emitida uma ordem à HSCM-VV no sentido de, por um lado, proceder à anulação da fatura-recibo n.º [...] e, por outro, restituir ao utente aquela quantia de 245,00 EUR (duzentos e quarenta e cinco euros).
114. Finalmente, considerando que as normas infringidas pelo HSCM-VV visam garantir e conformar o acesso dos utentes do SNS a cuidados de saúde, deverá ainda determinar-se a abertura, a final, do

correspetivo processo contraordenacional (artigo 61.º, n.º 2, alínea b), subalínea ii), 1.ª Parte).

## V. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

115. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo, aplicável *ex vi* do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo para o efeito sido chamados a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS a SCM-VV e o reclamante MS.

116. Todavia, decorrido o prazo legal concedido para o efeito, somente a SCM-VV se pronunciou por escrito sobre o teor daquele projeto de deliberação, o que fez nos seguintes termos:

*“(...) A. Do erro na qualificação do ato e erro de faturação e cobrança;*

*1. Após análise interna do processo administrativo referente ao utente [MS], reconhece esta SCMW que, em manifesto erro de qualificação do ato, procedeu, através dos colaboradores/trabalhadores que se encontram ao seu serviço, à faturação e cobrança do valor global de 245,00€.*

*2. Valor este que foi pago pelo utente [MS], reclamante nos termos dos autos supra identificados.*

*3. Apenas o erro supra referido, e posterior lapso na associação e inclusão de dados no programa de faturação, aliados ao desconhecimento da colaboradora afeta aos serviços administrativos desta SCMVV, poderão justificar a faturação e cobrança objeto dos autos de inquérito supra referenciados,*

*4. Comprometendo-se, então, esta Instituição a proceder à regularização da situação,*

*5. A qual inclui, necessariamente, a devolução ao utente — [MS] - do valor pacto pelo próprio, no montante de 245,00€.*

ALIÁS,

6. No seguimento do supra exposto, a SCMVV procedeu já à emissão de Nota de Crédito referente à FR – [...]. — cfr. Doc. 1 aqui junto e dado por reproduzido

7. Tendo ainda, conseqüentemente, informado o utente — [MS] de que, mediante deslocação ao Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde, ser-lhe-á devolvido o valor pago (245,00€). — cfr. ME aqui junto e dado por reproduzido.

Assim, através de tal atuação,

8. A SCMW procederá à reparação total do prejuízo causado ao utente.

*Do prosseguimento dos autos -Da Admoestação*

9. Ao longo do Capítulo VI constante dos Estatutos da ERS (DI 126/2014) várias são as referências ao regime geral do ilícito de mera contraordenação social (previsto no DL 433/82).

10. Decorrendo ainda do artigo 24.º al. b) do DL 126/2014 que "os procedimentos sancionatórios respeitam o princípio da audiência e defesa dos infratores, o princípio do contraditório e demais princípios constantes da lei designadamente do regime geral do ilícito de mera ordenação social".

ASSIM sendo, considerada a aplicação (por remissão) do DL 433/82,

11. Atento tudo o quanto alegado supra e o cumprimento, e a disposição para o cumprimento, desta SCMVV quanto às diretrizes e orientações emitidas pela ERS,

12. Entende-se que, na mera hipótese de seguimento dos presentes autos, apenas deverá ser - proferida uma mera admoestação.

13. Na verdade, o artigo 51.º, n.º 1 do RGCO prescreve que "quando a reduzida gravidade \_da infração e da culpa do agente o justifique, pode a entidade competente limitar-se a proferir uma admoestação".

14. Regime sancionatório que se invoca para todos os efeitos legais.

*TERMOS EM QUE, PELO SUPRA EXPOSTO, DEVE A PRESENTE PRONÚNCIA SER RECEBIDA, COM AS LEGAIS CONSEQUÊNCIAS. (...)*

– Cfr. Pronúncia escrita apresentada pela SCM-VV (e respetiva documentação), documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

117. De facto, em anexo à aludida pronúncia, a SCM-VV remeteu os seguintes documentos:

- Nota de Crédito n.º [...] (referente à fatura-recibo n.º FR [...]), a qual foi emitida pela SCM-VV em nome de MS, no valor global de 245,00 EUR;
- Missiva datada de 24 de fevereiro do ano corrente remetida pela SCM-VV ao utente MS, cujo teor mais abaixo se reproduz:

*“(...) Serve a presente missiva para informar V/Exa. de que, por referência à [...], foi emitida a competente Nota de Crédito, no valor global de 245,00€.*

*Informa-se que o respetivo valor será devolvido a V/Exa. mediante deslocação aos serviços de tesouraria do Hospital gerido pela [SCM-VV], sito na (...).*

*Em alternativa ao supra exposto, e caso assim entenda, poderá indicar, através de comunicação datada e devidamente assinada, o seu IBAN para que seja efetuada a devolução através de transferência bancária. (...)*

– Cfr. Pronúncia escrita apresentada pela SCM-VV (e respetiva documentação), documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

118. Conforme resulta da análise da pronúncia acima transcrita, o prestador em apreço, assumindo o “erro na qualificação do ato e erro de faturação e cobrança”, procedeu já à emissão da correspondente nota

de crédito (n.º [...]) em nome do utente, isso mesmo lhe tendo comunicado por carta datada de 24 de fevereiro de 2026.

119. Pese embora a atuação supra descrita da SCM-VV vá no sentido da ordem projetada, a verdade é que o aludido prestador não demonstrou ainda junto da ERS a efetiva restituição da quantia de 245,00 EUR (duzentos e quarenta e cinco euros) a MS.

120. Nesse sentido, inexistem razões que justifiquem a revisão, ainda que parcial, quer da ordem, quer da instrução constante do projeto de deliberação, devendo o teor de ambas ser mantido na íntegra.

121. Finalmente, no que diz respeito ao pedido subsidiário de aplicação de uma admoestação, adverte-se que aos presentes autos de inquérito se aplica o procedimento administrativo comum previsto no Código do Procedimento Administrativo (CPA) – artigo 24.º, alínea a) dos Estatutos da ERS -, estando em causa, nesta sede, o exercício dos poderes de regulação e de supervisão legalmente atribuídos à ERS.

122. O disposto no Decreto-Lei n.º 433/82, de 27 de outubro não é, pois, aplicável no âmbito do processo de inquérito em apreço, não estando em causa, nesta sede, a aplicação de qualquer sanção contraordenacional, nomeadamente a admoestação. Oportunamente, a ERS determinará a abertura de um processo contraordenacional contra a SCM-VV – ao qual se aplicará o estatuído no Decreto-Lei n.º 433/82, de 27 de outubro -, um processo distinto e autónomo do presente processo de inquérito, podendo o prestador, nessa sede, exercer o direito de defesa previsto no artigo 50.º daquele diploma legal.

## VI. DECISÃO

123. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º, no n.º 2 do artigo 22.º e na alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de

agosto, emitir uma ordem à Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde no sentido de:

- (i) Anular a fatura-recibo n.º [...], emitida em nome do utente MS, no valor global de 245,00 EUR (duzentos e quarenta e cinco euros), restituindo ao mencionado utente essa quantia, a qual foi cobrada em violação dos interesses financeiros legítimos do paciente;
- (ii) Dar cumprimento imediato à ordem emitida, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 5 (cinco) dias após a notificação da deliberação final, das medidas e/ou procedimentos por si adotados para cumprimento do determinado nos pontos anteriores;

124. Ao abrigo das disposições legais identificadas no número precedente, mais se propõe ao Conselho de Administração da ERS emitir uma instrução à Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde no sentido de:

- (i) Garantir, em permanência, o direito de acesso tendencialmente gratuito a cuidados de saúde dos utentes do SNS que recorrem ao Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde, em conformidade com o disposto no artigo 64.º, n.º 2, alínea a) da Constituição da República Portuguesa, na Base 20, n.º 2, alínea c) da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro e no Acordo de Cooperação para prestação de cuidados de saúde celebrado em 28 de janeiro de 2022;
- (ii) Adotar os procedimentos e/ou as regras internas necessárias para efeitos de cumprimento do disposto na alínea precedente;
- (iii) Garantir, em permanência, que os procedimentos e/ou as normas internas descritos em (ii) são do conhecimento dos seus profissionais e por eles efetivamente cumpridas, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, de

recomendações e de boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes;

- (iv) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias úteis, após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito;

125. A instrução emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos respetivos Estatutos configura como contraordenação punível, *in casu* com coima de 1 000,00 EUR a 44 891,81 EUR, “[...] o desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º, 23.º”.

126. A presente deliberação será levada ao conhecimento da Direção-Executiva do Serviço Nacional de Saúde.

127. A presente deliberação será publicada no sítio oficial da ERS na Internet.

Aprovado pelo Conselho de Administração da ERS, nos termos e com os fundamentos propostos.

Porto, 19 de março de 2026



© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2026

A reprodução de partes do conteúdo deste documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência “Porto, Portugal”.

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD).



Rua S. João de Brito, 621 L32  
4100-455 PORTO - Portugal  
T +351 222 092 350  
geral@ers.pt  
[www.ers.pt](http://www.ers.pt)

