

b) Das tabelas II e IV, os montantes cobrados são repartidos em 25 % para a DGADR e 75 % para a DRAP envolvida;

c) Da tabela III, com excepção da alínea D), os montantes cobrados são repartidos em 40 % para a DGADR e 60 % para a DRAP envolvida.

5.º Os produtores e os fornecedores, individualmente considerados, ficam dispensados do pagamento das taxas previstas nas tabelas III e IV, sempre que o somatório dos valores das taxas que lhes seriam aplicáveis, por cada tabela e em cada ano, seja inferior a € 5.

6.º Aos produtores e fornecedores abrangidos pelo disposto no artigo 43.º do Decreto-Lei n.º 329/2007, de 8 de Outubro:

a) É aplicada uma redução de 50 % na aplicação das taxas previstas na tabela II;

b) É dispensado o pagamento das taxas previstas na tabela IV.

7.º As taxas fixadas na presente portaria incluem os custos decorrentes de actos de inspecção fitossanitária ou de emissão de passaporte fitossanitário, quando a eles haja lugar.

8.º Os serviços prestados sob supervisão oficial referidos nas tabelas III e IV são efectuados por técnicos credenciados, a que se refere o artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 329/2007, de 8 de Outubro.

9.º O disposto nas alíneas A) e D) da tabela anexa à Portaria n.º 68/2002, de 18 de Janeiro, deixa de ser aplicável, respectivamente, ao licenciamento de produtores e fornecedores de plantas hortícolas e de materiais frutícolas e ao controlo de plantas-mãe e de viveiros daqueles materiais vegetais.

10.º Revogam-se os n.ºs 2 e 4 da alínea C) da tabela anexa à Portaria n.º 68/2002, de 18 de Janeiro.

11.º A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Pelo Ministro da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, *Rui Nobre Gonçalves*, Secretário de Estado do Desenvolvimento Rural e das Florestas, em 11 de Outubro de 2007.

ANEXO

Tabela I

Tabela de taxas devidas pela avaliação, inscrição e manutenção de variedades ou clones de fruteiras no CNV

| | Taxas (euros) |
|---|---------------|
| A) Avaliação do pedido com ou sem inscrição ou reinscrição: | |
| 1) Por cada variedade ou clone | 150 |
| 2) Por cada variedade tradicional ou regional portuguesa, abrangida pelo disposto no n.º 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 329/2007, de 8 de Outubro | 15 |
| B) Manutenção da inscrição ou reinscrição no CNV: | |
| Por cada cada variedade ou clone, a que se refere o n.º 1) da alínea anterior, a partir do 3.º ano de inscrição, inclusive, por cada ano | 20 |

Tabela II

Tabela de taxas devidas pelo licenciamento de produtores e de fornecedores de plantas hortícolas ou de materiais frutícolas

| | Taxas (euros) |
|--|---------------|
| A) Licenciamento de produtores e de fornecedores | 125 |
| B) Renovação da licença | 70 |

Tabela III

Tabela de taxas devidas pela inspecção e certificação de plantas hortícolas ou de materiais frutícolas

| | Taxas (euros) | |
|---|------------------------|------------------------|
| | Sem supervisão oficial | Sob supervisão oficial |
| A) Plantas de espécies hortícolas: | | |
| Inspecção de culturas (por 1000 plantas ou fracção) | 0,10 | 0,01 |
| B) Citrinos: | | |
| 1) Inspecção de parcelas de plantas-mãe (por 0,50 ha ou fracção) | 25 | 2,50 |
| 2) Inspecção de viveiros de: | | |
| 2.1) Porta-enxertos (por 1000 unidades ou fracção) | 1,25 | 0,12 |
| 2.2) Plantas cítricas (por 100 unidades ou fracção) | 0,50 | 0,05 |
| C) Morangueiro: | | |
| Inspecção de campos (por hectare ou fracção) | 15 | 1,50 |
| D) Etiqueta de certificação emitida pela DGADR (por unidade), se for o caso | 0,50 | |

Tabela IV

Tabela de taxas devidas pelo controlo de plantas hortícolas de «Qualidade CE» ou de materiais «CAC» de fruteiras

| | Taxas (euros) | |
|--|----------------|----------------|
| | Sem supervisão | Sob supervisão |
| A) Plantas de espécies hortícolas: | | |
| Controlo de viveiros (por 1000 plantas ou fracção) | 0,05 | — |
| B) Materiais de espécies de fruteiras: | | |
| 1) Controlo de plantas-mãe (por 100 unidades ou fracção) | 0,50 | 0,05 |
| 2) Controlo de plantas herbáceas (por hectare ou fracção) | 20 | 2 |
| 3) Controlo de viveiros de plantas lenhosas (por 1000 unidades ou fracção) | 0,50 | 0,05 |

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria n.º 1368/2007

de 18 de Outubro

O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integram as USF de modelo B, vem consagrar que tanto a carteira básica de serviços como os princípios da carteira adicional de serviços são fixados por portaria do Ministro da Saúde.

A carteira básica de serviços, enquanto compromisso assistencial nuclear, é aplicável a todas as USF, independentemente de estarem constituídas sob o modelo organizacional A, B ou C.

O Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro, que aprovou o Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar, exigia já às equipas multiprofissionais, pela sua norma VI, um compromisso assistencial de prestação de cuidados de saúde, expresso num plano de acção onde se incluía uma carteira básica de serviços, ao mesmo tempo que se determinava, no n.º 3 da mesma norma, que a carteira básica de serviços fosse definida pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários e disponibilizada na sua página da Internet.

Assim:

Ao abrigo do n.º 9 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, manda o Governo, pelo Ministro da Saúde, o seguinte:

Artigo único

São aprovados a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços, constantes dos anexos I e II ao presente diploma, do qual fazem parte integrante.

O Ministro da Saúde, *António Fernando Correia de Campos*, em 8 de Outubro de 2007.

ANEXO I

Carteira básica de serviços

Como princípio geral, a vertente dos cuidados personalizados dos centros de saúde está reorganizada em pequenas unidades funcionais multiprofissionais, unidades de saúde familiar (USF), com autonomia funcional e técnica, num quadro de contratualização interna, envolvendo objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade.

As USF configuram, assim, um modelo organizacional leve e flexível que se contrapõe às tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de poder e de decisão vertical. Naquelas unidades, as funções de gestão e de execução tendem a fundir-se ao nível operativo.

A USF é a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde ao indivíduo e famílias e deve estar integrada em rede com as outras unidades funcionais do centro de saúde (n.ºs 1 e 4 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto).

Em todos os modelos de USF existe um compromisso assistencial nuclear, denominado carteira básica de serviços, igual em tipo e qualidade, variando apenas os aspectos quantitativos de número de cidadãos abrangidos, horários disponibilizados e serviços adicionais ou complementares, intitulados carteira adicional de serviços, contratualizados com os departamentos de contratualização, em sede de candidatura ou nas épocas para tal definidas e revistos anualmente.

A carteira básica de serviços é aplicável a todas as USF do SNS, independentemente do seu modelo e dos diversos enquadramentos jurídico-institucionais que a cada USF possam ser atribuídos.

I — Carteira básica de serviços para USF

O compromisso assistencial explicita o que deve ser obrigatoriamente contratualizado como fundamental em termos de cuidados de medicina geral e familiar e de enfermagem: núcleo base de serviços clínicos, secretariado clínico/administrativo, funcionamento, dimensão da lista de utentes e formação contínua.

A — Núcleo base de serviços clínicos (desenvolvido no n.º II do presente anexo):

1) Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida:

1.1) Geral;

1.2) Saúde da mulher;

1.3) Saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente;

1.4) Saúde do adulto e do idoso;

2) Cuidados em situação de doença aguda;

3) Acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla;

4) Cuidados no domicílio;

5) Interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação, numa perspectiva de «gestor de saúde» do cidadão.

B — Secretariado clínico/administrativo. — O secretariado clínico/administrativo é o rosto da USF no relacionamento com o cidadão, pelo que há a considerar:

1) Atendimento e encaminhamento do cidadão:

1.1) Programação e marcação de consultas — consultas programadas; consultas sem programação da iniciativa do utente;

1.2) Monitorização do tempo de espera e desistências;

2) Gestão da comunicação:

2.1) Difusão actualizada do funcionamento dos serviços;

2.2) Informação a pedido;

3) Gestão de procedimentos administrativos:

3.1) Participação na gestão dos processos clínicos;

3.2) Participação nos procedimentos referentes à prescrição crónica;

3.3) Registo e acompanhamento relativos à referência;

3.4) Gestão dos dados administrativos do cidadão;

3.5) Gestão das áreas de apoio administrativo;

3.6) Participação na gestão do sistema de informação;

3.7) Participação na recepção e na resposta a queixas, reclamações e sugestões dos cidadãos.

C — Horário de funcionamento. — A USF garante o seu funcionamento, nos dias úteis, entre as 8 e as 20 horas. De acordo com as características geodemográficas da área assistida pela USF, a dimensão da lista de utentes e o número de elementos que integram a equipa multiprofissional, o horário de funcionamento pode ser objecto de redução ou alargamento, conforme o estipulado no n.º 5 do artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto.

D — Dimensão da lista de utentes. — A dimensão da lista de utentes da carteira básica de serviços deve ter, no mínimo, 1917 unidades ponderadas a que correspondem, em média, 1550 utentes por médico de uma lista padrão nacional, nominalmente designada por lista, conforme o estipulado no n.º 3 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto.

E — Formação contínua. — A USF deve ser um espaço de formação e inovação. O desenvolvimento profissional contínuo dos seus elementos é um requisito indispensável para o seu sucesso e para a manutenção e melhoria da qualidade dos serviços prestados.

A formação contínua deve ser prevista, para todos os profissionais, concertada em planos individuais anuais e colectivos, tendo em conta as necessidades pessoais e os interesses da USF.

Semanalmente, a USF deve disponibilizar tempo para exame de processos/procedimentos de trabalho diário, e da maneira como podem ser melhorados, incluindo a discussão de casos clínicos e a abordagem de problemas da prática clínica pelos próprios elementos da USF.

II — Núcleo base de serviços clínicos

Carteira básica de serviços de saúde por área e subárea de intervenção e actividade/cuidado prestado pela equipa multiprofissional da USF (médicos e enfermeiros)

| Número | Área e subárea de intervenção | Actividade/cuidado prestado |
|--------|---|--|
| 1 | <p>Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida.</p> <p>[Vigilância de acordo com as circulares normativas da Direcção-Geral da Saúde (DGS) e orientações estratégicas do PNS.]</p> | <p>1.1 — Geral:</p> <p>a) Identificação das necessidades de saúde quer individuais, quer familiares nas situações seleccionadas consoante as prioridades e critérios adequados à prossecução dos objectivos do plano da USF e do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (PNS);</p> <p>b) Intervenção personalizada de informação e de educação para a saúde nomeadamente, as áreas relacionadas com a promoção e protecção da saúde nas diversas fases da vida;</p> <p>c) Assegurar o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação;</p> <p>1.2 — Saúde da mulher:</p> <p>1.2.1 — Planeamento familiar:</p> <p>a) Promoção do planeamento familiar em co-responsabilização e fornecimento gratuito de métodos anticoncepcionais;</p> <p>b) Introdução de DIU quando essa for a opção da mulher;</p> <p>c) Prevenção e tratamento de infeções transmissíveis sexualmente;</p> <p>d) Rastreio de tipo oportunístico do cancro do colo do útero e da mama;</p> <p>e) Identificação e encaminhamento de situações de violência;</p> <p>1.2.2 — Cuidados pré-concepcionais:</p> <p>a) Avaliação inicial e aconselhamento geral pré-concepcional a pedido dos casais, ou oferecidos de forma pró-activa pela equipa;</p> <p>b) Referenciação a cuidados pré-concepcionais especializados, quando indicado, e acompanhamento da situação, em continuidade e articulação de cuidados;</p> <p>1.2.3 — Vigilância da gravidez:</p> <p>a) Vigilância pré-natal da gravidez normal;</p> <p>b) Promoção do diagnóstico pré-natal, com referência a unidades especializadas, segundo as normas em vigor;</p> |
| | | <p>c) Referenciação de gravidez de risco e acompanhamento da situação, em continuidade e articulação de cuidados;</p> <p>d) Promoção de comportamentos (saudáveis) de adesão durante a gravidez, nomeadamente quanto ao consumo de tabaco, álcool e alimentação;</p> <p>e) Adaptação do casal ao novo estágio de vida familiar e implementação das mudanças necessárias ao ciclo vital;</p> <p>f) Apoio às puérperas após a alta hospitalar, cuidados que promovam a sua adaptação aos novos estádios de vida individual e familiar e promovam o aleitamento materno pelo menos até aos 3 meses de vida;</p> <p>g) Revisão do puerpério;</p> <p>1.3 — Saúde do recém-nascido (RN), da criança e do adolescente:</p> <p>a) Oferta pró-activa da primeira consulta do RN, na sequência de recepção de notícia de nascimento;</p> <p>b) Cuidados de saúde integrados, de forma a garantir a vigilância de saúde da criança nos dois primeiros anos de vida, na idade pré-escolar (2-6 anos) e escolar (6-10 anos);</p> <p>c) Exame global de saúde à criança de 5-6 anos e 11-13 anos;</p> <p>d) Cuidados de saúde integrados, de forma a garantir a vigilância aos adolescentes e jovens (11-19 anos), promovendo o atendimento sem barreiras e oferecendo «exames de saúde oportunistas»;</p> <p>e) Promoção do papel parental e paternidade eficaz;</p> <p>f) Referenciação a cuidados especializados e acompanhamento paralelo da situação em continuidade de cuidados;</p> <p>g) Identificação, encaminhamento e acompanhamento de crianças vítimas de negligência, maus-tratos e abusos sexuais;</p> <p>h) Identificar/promover o acompanhamento das crianças com problemas de desenvolvimento, de aprendizagem e jovens com problemas de aprendizagem e risco de abandono escolar;</p> <p>1.4 — Saúde do adulto e do idoso:</p> <p>a) Cuidados promotores de saúde e preventivos da doença, aos adultos (20-69 anos), seleccionando as intervenções comprovadamente custo-efectivas em cada fase da vida e evitando os <i>check-up</i> genéricos e inespecíficos;</p> <p>b) Cuidados preventivos aos adultos mais idosos (com 70 e mais anos) organizando estes cuidados de acordo com uma identificação estruturada das necessidades específicas de cada pessoa e da família orientada para actuar sobre os determinantes de autonomia e independência;</p> |
| | | <p>(Garantir consultas de saúde infantil e juvenil segundo as orientações técnicas da DGS.)</p> <p>(Vigilância de acordo com as normas da DGS.)</p> |

| Número | Área e subárea de intervenção | Actividade/cuidado prestado | Número | Área e subárea de intervenção | Actividade/cuidado prestado |
|--------|--|--|--------|---|--|
| 2 | Cuidados em situação de doença aguda. | <p>c) Cuidados que promovam o bem-estar e a autonomia da pessoa adulta e idosa, dirigidos prioritariamente aos grupos vulneráveis, aos grupos com risco e aos grupos com necessidades especiais;</p> <p>d) Abordagem de todas as situações pessoais tendo em conta avaliações do seu estado global de saúde e os contextos familiares, sócio-culturais e sócio-ocupacionais.</p> <p>a) Atendimento/resposta no próprio dia (que se poderá traduzir ou não em consulta) e com a máxima celeridade possível para todas as situações de doença aguda ou de sofrimento, na USF, ou no domicílio do doente, quando justificado.</p> <p>b) Reconhecimento, sinalização e intervenção apropriada, orientando as situações urgentes ou emergentes que necessitem de cuidados e suporte tecnológico hospitalares.</p> <p>c) Apoio ao doente/família/cuidador, no sentido da estabilização da situação e da adesão ao plano terapêutico.</p> <p>d) Execução dos planos terapêuticos, nomeadamente pela administração de medicamentos, realização de tratamentos, educação e apoio na reabilitação.</p> <p>e) Educação do doente/família/cuidador para a recuperação e a promoção da saúde.</p> | 4 | Cuidados no domicílio (entendendo-se por domicílio, para efeitos da presente portaria, a habitação permanente do doente, excluindo-se lares, casas de repouso, IPSS, e outros locais semelhantes. O domicílio deverá estar na respectiva área geográfica de influência da USF). | <p>a) Consultas programadas para fins de promoção de saúde em situações de especial receptividade às mensagens de saúde, em colaboração com os recursos de cuidados na comunidade do centro de saúde da área.</p> <p>b) Consultas programadas aos doentes com dependência física e funcional que necessitem cuidados médicos e de enfermagem e não possam deslocar-se à USF, em colaboração com os recursos de cuidados na comunidade do centro de saúde da área.</p> <p>c) Consultas não programadas, por critérios médicos a pedido dos doentes ou seus familiares, em situações que incapacitem a deslocação do doente à USF, nomeadamente quando existe dependência física e funcional do doente.</p> |
| 3 | Acompanhamento clínico das situações de doença crónica (ex. <i>Diabetes mellitus</i> , doença pulmonar obstrutiva crónica, hipertensão arterial, entre outras) e patologia múltipla. | <p>a) Vigilância, aconselhamento e educação do doente, familiares e outros cuidadores em situações de doença crónica em que são necessários cuidados por período longo de tempo:</p> <p>Promoção da aceitação do estado de saúde;</p> <p>Promoção da autovigilância;</p> <p>Promoção da gestão e adesão ao regime terapêutico;</p> <p>Promoção do autocuidado nas actividades de vida diárias;</p> <p>Apoio ao desenvolvimento de competências de autocontrolo de doenças crónicas por parte dos doentes e seus cuidadores (familiares ou outros).</p> <p>b) Abordagem sistémica e planeamento de cuidados, periodicamente revistos, em todas as situações de patologia múltipla, com avaliação regular dos riscos de polimedicação.</p> <p>c) Referenciação com relatório-síntese actualizado e mobilização de cuidados especializados, sempre que necessário, com acompanhamento simultâneo da situação e recepção de retorno, em continuidade de cuidados.</p> | 5 | Interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação, numa perspectiva de «gestor de saúde» do cidadão. | <p>a) Interligação com os cuidados hospitalares, nomeadamente na referenciação, antes, durante o internamento ou após a alta hospitalar de doentes da lista de inscritos da USF garantindo a melhor continuidade de cuidados possível e evitando falhas por deficiente comunicação entre serviços.</p> <p>b) Comunicação aos serviços apropriados do centro de saúde da informação referente à actividade assistencial da USF ou outra indispensável ao planeamento e administração da saúde da comunidade.</p> <p>c) Comunicação e colaboração com os serviços de saúde pública e autoridade de saúde, tanto nos casos de doenças de declaração obrigatória, como em todos os casos em que a informação detida pelos profissionais da USF seja relevante para a protecção da saúde pública.</p> <p>d) Certificação de estados de saúde e de doença que surgirem como sequência dos actos médicos praticados e emissão de declarações específicas pedidas pelos utentes, desde que inseridas no estrito cumprimento da resposta ao direito à saúde dos cidadãos.</p> |

ANEXO II

Princípios da carteira adicional de serviços**I — Princípios que devem ser observados na carteira adicional de serviços**

A — Sem pôr em risco a concretização do núcleo base de cuidados (carteira básica de serviços), e em função das necessidades identificadas dos utentes e da disponibilidade de recursos humanos e técnicos da USF, poderá ser contratualizada a prestação de cuidados de saúde adicionais, tais como:

1) Cuidados continuados integrados, para as situações em que a prestação de cuidados domiciliários, a utentes admitidos na RNCCI (rede nacional de cuidados continuados integrados), seja superior a uma vez por dia, exceda

uma hora e trinta minutos por dia em pelo menos três dias por semana, ou para além dos dias úteis, fora do horário compreendido entre as 8 e as 20 horas, bem como quando as necessidades de cuidados requeiram um grau de diferenciação que exceda as actividades da carteira básica, nomeadamente, fisioterapia, psicologia, entre outras;

2) Colaboração com outras unidades funcionais em programas específicos de intervenção na comunidade:

2.1) Em grupos, no âmbito da saúde escolar, da saúde oral e da saúde ocupacional;

2.2) Em projectos dirigidos a cidadãos em risco de exclusão social;

2.3) Em atendimento a adolescentes e jovens;

2.4) Na prestação de outros cuidados que se mostrem pertinentes para o cumprimento dos objectivos do Plano Nacional de Saúde.

B — A actividade proposta deve ser dirigida aos cidadãos — indivíduos, famílias ou comunidade — abrangidos pela USF ou pelo centro de saúde e em sintonia com o Plano Nacional de Saúde.

C — Os serviços da carteira adicional, devem ser descritos e fundamentados no processo de candidatura, ou em fase posterior, em épocas a definir para o efeito, e incluir:

i) Fundamentação;

ii) Objectivos e metas e período de execução;

iii) População alvo;

iv) Actividades e carga horária mensal por grupo profissional;

v) Caracterização dos profissionais envolvidos, explicitando a formação específica para a actividade;

vi) Indicação se os serviços propostos são, ou não, uma actividade em desenvolvimento no centro de saúde;

vii) Proposta de compensação financeira global da equipa e a respectiva distribuição pelos profissionais envolvidos.

D — A carteira adicional de serviços é objecto de apreciação no processo de avaliação da candidatura. Após aprovação, os termos da sua implementação são negociados entre a respectiva ARS e o coordenador da USF com a participação da respectiva equipa regional de apoio (ERA), considerando os seguintes princípios:

1) Existência de um indicador de desempenho, que permita aferir a carga horária afectada com a produção estimada;

2) Possibilidade de contratualização de actividades por períodos inferiores a um ano;

3) Possibilidade de renegociação de actividades com base nos dados de acompanhamento.

E — As USF podem propor actividades para desenvolver em carteira adicional de serviços, até 30 dias antes do final de cada trimestre, acompanhadas de parecer técnico da ERA. A sua apreciação decorre nos 30 dias seguintes e, se aceite, inicia-se no trimestre imediato.

As ARS, de acordo com a estratégia regional de saúde, podem convidar, a todo o tempo, as USF a apresentarem propostas de actividades a desenvolver em carteira adicional de serviços.

II — Especificações técnicas das definições assistenciais

Deve ser dado cumprimento ao regime legal de cada carreira, nomeadamente o conteúdo do perfil profissional e o exercício das correspondentes funções, nos termos da legislação em vigor.

A execução de actividades nas diversas áreas de intervenção deve respeitar os critérios definidos pela Direcção-Geral de Saúde, além dos códigos deontológicos das respectivas profissões.

As modalidades de horários que forem adoptadas devem estar de acordo com o regime e horário da respectiva carreira e as disposições legais em vigor, tanto para o trabalho normal como para o trabalho extraordinário.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Portaria n.º 1369/2007

de 18 de Outubro

A Portaria n.º 1272/2006, de 21 de Novembro, publicada no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 224, de 21 de Novembro de 2006, cria o curso profissional de assistente de conservação e restauro, com as variantes de Conservação do Património Cultural, Conservação e Restauro de Azulejo, Pedra, Pintura Mural, Metais e Madeiras e Conservação e Restauro de Pintura, visando a saída profissional de assistente de conservação e restauro.

Verificando-se algumas inexactidões no plano de estudos do curso mencionado, constante do anexo à referida portaria, importa proceder à respectiva alteração.

Nestes termos:

Atento o disposto no n.º 5 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 74/2004, de 26 de Março, rectificado pela Declaração de Rectificação n.º 44/2004, de 25 de Maio, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 24/2006, de 6 de Fevereiro, rectificado pela Declaração de Rectificação n.º 23/2006, de 7 de Abril, e pelo Decreto-Lei n.º 272/2007, de 26 de Julho, e ao abrigo dos n.ºs 1 e 2 do artigo 7.º da Portaria n.º 550-C/2004, de 21 de Maio, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 797/2006, de 10 de Agosto:

Manda o Governo, pelo Secretário de Estado da Educação, o seguinte:

1.º No plano de estudos anexo à Portaria n.º 1272/2006, de 21 de Novembro, são alteradas:

a) A nota (a), relativamente à coluna «Total de horas», passando a ser a nota (b);

b) A nota (b), relativamente às disciplinas de Língua Estrangeira I, II ou III da componente de formação socio-cultural, passando a ser a nota (c).

2.º O plano de estudos anexo à Portaria n.º 1272/2006, de 21 de Novembro, é republicado em anexo à presente portaria.

3.º A presente portaria produz efeitos a partir do ano lectivo de 2006-2007.

O Secretário de Estado da Educação, *Valter Victorino Lemos*, em 4 de Outubro de 2007.