



PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO

INCLUINDO OS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

2022

27 DE JULHO DE 2022

Data e aprovação do órgão de gestão

1. ÍNDICE

1. ÍNDICE	1
2. ENQUADRAMENTO	2
3. CARACTERIZAÇÃO DA ULS DO NORDESTE	3
3.1. MISSÃO E ATRIBUIÇÕES	3
3.2. VISÃO	3
3.3. OBJETO	4
3.4. VALORES	4
3.5. ÓRGÃOS SOCIAIS.....	5
3.6. ESTRUTURA DA ULS DO NORDESTE.....	6
3.7. ORGANOGRAMA	7
3.8. SISTEMA DE CONTROLO INTERNO	8
4. IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS E MEDIDAS DE PREVENÇÃO.....	9
4.1. METODOLOGIA UTILIZADA	9
4.2. DEFINIÇÕES E CONCEITOS	9
4.3. FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES	11
4.4. AVALIAÇÃO DO RISCO	12
4.5. MITIGAÇÃO DO RISCO	13
4.6. IMPLEMENTAÇÃO, DIVULGAÇÃO E MONITORIZAÇÃO	13
5. MATRIZ DE RISCO	15
5.1. DIRIGENTES E CHEFIAS.....	16
5.2. COMUNICAÇÃO E IMAGEM.....	17
5.3. JURÍDICO E CONTENCIOSO.....	18
5.4. PLANEAMENTO E CONTROLO	18
5.5. APOIO GERAL E TRANSPORTES	19
5.6. AUDITORIA INTERNA	21
5.7. COMPRAS E LOGÍSTICA	22
5.8. FARMÁCIA	24
5.9. FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO	25
5.10. CONTABILIDADE E GESTÃO FINANCEIRA	26
5.11. GESTÃO DE UTENTES	28
5.12. INFORMÁTICA E COMUNICAÇÕES.....	29
5.13. INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS	30
5.14. RECURSOS HUMANOS	31

2. ENQUADRAMENTO

O Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), criado pela Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, aprovou no dia 1 de julho de 2009 a Recomendação n.º 1/2009, sobre a qual é abordada a necessidade de todas as entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza, elaborarem um Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC), assim como, um relatório anual sobre a sua execução.

Posteriormente, no dia 1 de julho de 2015, o CPC aprovou a recomendação n.º 3/2015, onde é citada a necessidade de reformular os respetivos PGRIC, passando a identificar de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas, bem como as correspondentes medidas preventivas. Foi ainda determinado pelo CPC que os Planos devem contemplar os seguintes elementos:

- Identificação dos riscos relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica;
- Com base na referida identificação de riscos, indicação das medidas adotadas que previnam a sua ocorrência;
- Definição e identificação dos vários responsáveis envolvidos na gestão do plano, sob a direção do órgão dirigente máximo;
- Elaboração anual de um relatório sobre a execução do plano.

Por sua vez, segundo o Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, que aprova os Estatutos das Unidades Locais de Saúde, no seu artigo n.º 19, Secção III, Capítulo II, estabelece que é da competência do Serviço de Auditoria Interna a elaboração do PGRIC e os respetivos relatórios anuais de execução, sendo posteriormente aprovados e submetidos pelo Conselho de Administração ao CPC e membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Cientes da importância do presente instrumento de gestão, a Unidade Local de Saúde (ULS) do Nordeste, E.P.E., e de modo a refletir as novas recomendações aprovadas pelo CPC, verificou-se a necessidade de reformulação do PGRIC da ULS do Nordeste, alargando o âmbito a novas áreas de atuação.

Nesse sentido, foi desenvolvido o presente Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRIC), estruturado da seguinte forma:

- Caracterização da ULS do Nordeste;
- Identificação dos Riscos e Medidas de Prevenção;
- Matriz de Risco.

3. CARACTERIZAÇÃO DA ULS DO NORDESTE

A ULS do Nordeste integra três Unidades Hospitalares e 14 Centros de Saúde que servem a população do distrito de Bragança. Foi criada em 2011, pelo Decreto-Lei n.º 67/2011, de 2 de Junho, para englobar as unidades de saúde do extinto Centro Hospitalar do Nordeste e do extinto Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I - Nordeste. É uma entidade pública empresarial de capitais exclusivamente detidos pelo Estado, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Na área clínica atua ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares, Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos, Cuidados Continuados e Saúde Pública. O objetivo estratégico da ULS do Nordeste assenta na satisfação, de forma sustentável, das necessidades em saúde da população residente na sua área de influência, com ênfase ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença. A excelência na prestação de cuidados de saúde aos utentes constitui um elemento basilar da estratégia global da instituição.

3.1. MISSÃO E ATRIBUIÇÕES

A ULS do Nordeste tem como missão prestar assistência integrada de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população da região do Nordeste, dando uma resposta capaz às suas necessidades e expectativas, promovendo a utilização racional e eficiente de todos os recursos, numa cultura de humanização dos serviços e de motivação e desenvolvimento dos colaboradores.

Para prosseguir a sua missão, a ULS do Nordeste desenvolve atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e a continuidade dos cuidados.

A ULS do Nordeste desenvolve ainda atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados, e participa na formação e ensino de diversos grupos profissionais nas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.

3.2. VISÃO

A ULS do Nordeste tem como visão desenvolver-se como uma organização otimizada pela integração vertical dos diferentes níveis de cuidados de saúde, em articulação com os recursos comunitários existentes, no âmbito de um processo clínico único efetivamente partilhado, colocando a pessoa (utente/doente), inserida numa família, num grupo e na comunidade, verdadeiramente no centro do sistema.

3.3. OBJETO

A ULS do Nordeste pauta-se pela prossecução dos seguintes objetivos:

- A prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde, e a todos os cidadãos em geral, de acordo com o seu grau de diferenciação e o seu posicionamento e referência no contexto do Serviço Nacional de Saúde;
- Assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida;
- Desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos-programa em que se definam as respetivas formas de financiamento.

3.4. VALORES

No desenvolvimento das suas funções, os colaboradores da ULS do Nordeste adotam os seguintes valores como vetores de orientação:

- Ética - respeitar os princípios, regulamentos e procedimentos definidos para a ULS do Nordeste, trabalhando com honestidade, profissionalismo e transparência;
- Competência e Cooperação - visar a máxima eficiência na utilização de recursos, promover e partilhar responsabilidades em equipa e prosseguir a permanente aprendizagem e inovação, no sentido de assegurar os objetivos e sustentabilidade futura da ULS do Nordeste;
- Qualidade - prosseguir a excelência dos serviços prestados à população, assentes em melhores processos, nas melhores práticas e competências, científicas e técnicas, objetivando a melhoria contínua;
- Compromisso com o Cidadão - identificar e satisfazer as necessidades de cuidados dos utentes, com correção, benevolência e humanismo, proporcionando um serviço com alto padrão de qualidade e profissionalismo;

- Humanização - estimular o contínuo crescimento profissional e pessoal, trabalhando com entusiasmo, praticando a justiça, construindo e mantendo relações de confiança, de lealdade, de tolerância e respeito pela dignidade dos utentes;
- Responsabilidade Social e Ambiental - contribuir para o desenvolvimento consciente e sustentado da sociedade, enlevando o pleno exercício da cidadania, o compromisso com a justiça social e equidade, e o respeito pelo ambiente.

3.5. ÓRGÃOS SOCIAIS

Relativamente aos Estatutos da ULS do Nordeste, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de Fevereiro, são Órgãos Sociais da ULS do Nordeste o Conselho de Administração, o Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas e o Conselho Consultivo.

- **Conselho de Administração:** O Conselho de Administração, nomeado através do Despacho n.º 3727/2020, de março, dos Gabinetes do Ministro de Estado e das Finanças e da Ministra da Saúde, é constituído pelo Dr. Carlos Vaz (Presidente do Conselho de Administração), Dra. Eugénia Maria Madureira Parreira (Diretora Clínica da área de cuidados de saúde hospitalares), Dra. Maria Manuela dos Santos (Diretora Clínica da área de cuidados de saúde primários), Dra. Aida da Conceição Domingues Palas (Vogal Executiva), Enf.º Urbano José Castilho Rodrigues (Enfermeiro-diretor) e Dra. Elisa do Rosário Fernandes Dias (Vogal Executiva), nomeada através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/2019, de 1 de agosto.
- **Conselho Fiscal:** Conselho Fiscal da ULS do Nordeste foi nomeado através do Despacho Conjunto dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, de 22 de Dezembro de 2017, tendo sido designado como Presidente o Dr. Júlio Paulo da Silva Martins, Vogal a Dra. Erika Ferreira Laranjeira, Vogal a Dra. Helena Cristina dos Santos Tomé e Vogal Suplente o Dr. Fernando Martins da Silva.
- **Revisor Oficial de Contas:** Foi nomeado para Revisor Oficial de Contas da ULS do Nordeste, através do Despacho das Finanças e Saúde de 28 de fevereiro de 2018, a sociedade Santos Carvalho & Associados, SROC, S.A., inscrita na OROC sob o n.º 71, registada na CMVM com o n.º 20161406, representada pelo Dr. André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça, ROC n.º 1530.
- **Conselho Consultivo:** A composição, o mandato, competências e funcionamento do Conselho Consultivo, encontram-se reguladas nos termos da legislação em vigor e estão previstas nos artigos 16º, 17º e 18º do Regulamento Interno da ULS do Nordeste.

3.6. ESTRUTURA DA ULS DO NORDESTE

A ULS do Nordeste constitui uma entidade pública empresarial de capitais exclusivamente detidos pelo Estado e integrada no Serviço Nacional de Saúde, englobando as seguintes áreas de atuação:

Área de Prestação de Cuidados de Saúde

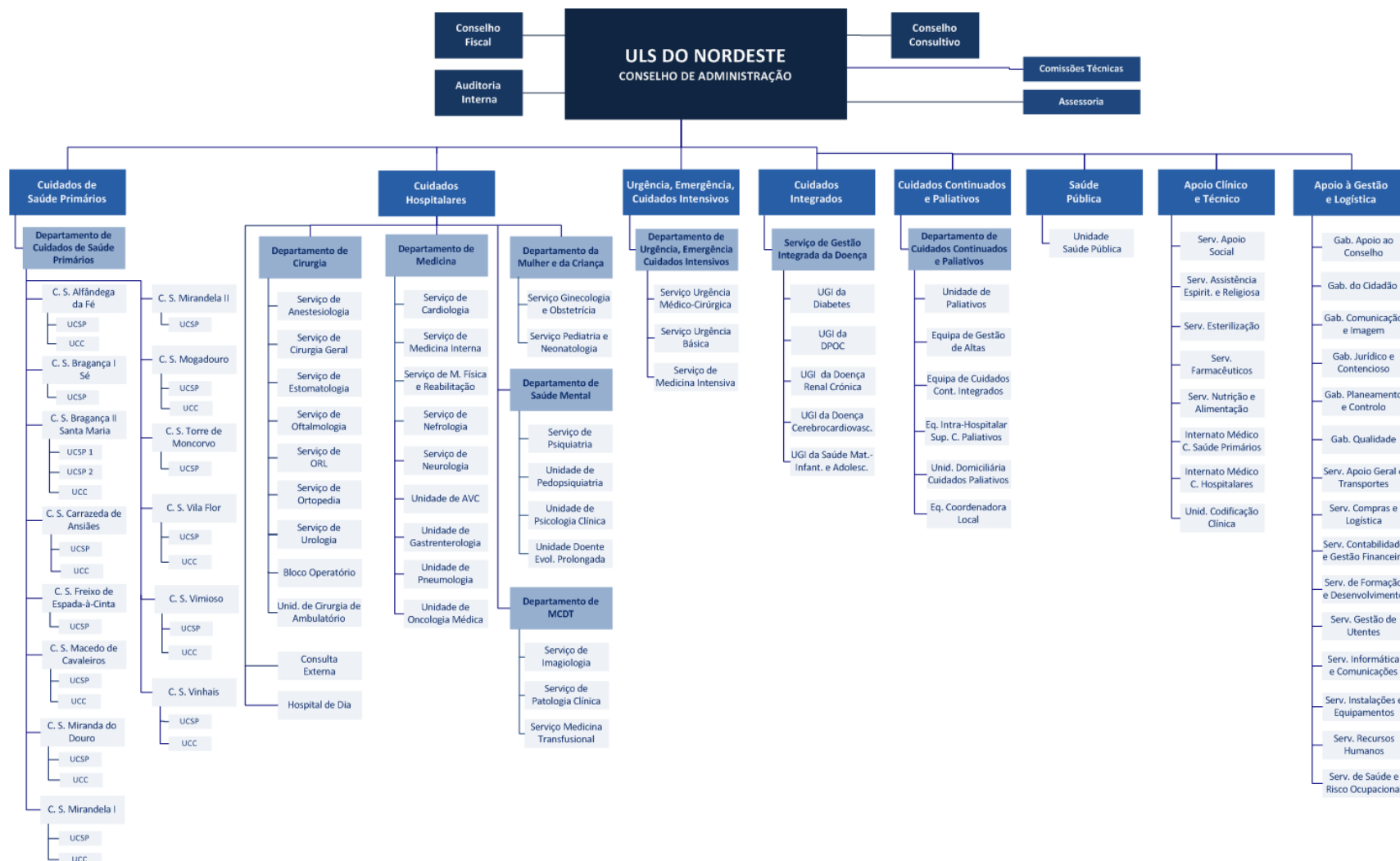
- Cuidados de Saúde Primários;
- Cuidados Hospitalares;
- Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos;
- Cuidados Integrados;
- Cuidados Continuados e Paliativos;
- Saúde Pública.

Área de Apoio

- Apoio Clínico e Técnico;
- Apoio à Gestão e Logística.

A estrutura organizacional da ULS do Nordeste encontra-se esquematizada e elencada nas suas relações hierárquicas e de complementaridade que consta do organograma da instituição.

3.7. ORGANOGRAMA



3.8. SISTEMA DE CONTROLO INTERNO

Na ULS do Nordeste o sistema de controlo interno compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos, com vista a garantir:

- Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e recursos, a continuidade, segurança e qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas;
- A existência de informação financeira e de gestão que suporte a tomada de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;
- O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas atinentes, pelas regras internas e estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações tutelares e recomendações aplicáveis de entidades externas como o Tribunal de Contas.

O sistema de controlo interno da ULS do Nordeste tem por base um sistema de gestão de risco, um sistema de informação e de comunicação e um processo de monitorização que assegura a respetiva adequação e eficácia em todas as áreas de intervenção, prosseguidos por intermédio de diversos órgãos, instrumentos e medidas, designadamente:

- | | |
|---|---|
| • Regulamento Interno da ULS do Nordeste; | • Manuais de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos; |
| • Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades da ULS do Nordeste; | • Serviço de Auditoria Interna; |
| • Código de Ética da ULS do Nordeste; | • Gabinete da Qualidade; |
| • Regulamentos Internos de Unidades Orgânicas; | • Grupo de Gestão do Risco; |
| | • Conselho Fiscal. |

Ao integrar este conjunto, o presente Plano assume um papel fundamental enquanto instrumento de controlo interno e de suporte ao planeamento estratégico e tomada de decisão pelo Conselho de Administração, assumindo-se na agregação de medidas gerais e transversais a toda a instituição em matérias de identificação, prevenção e mitigação de riscos.

4. IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS E MEDIDAS DE PREVENÇÃO

4.1. METODOLOGIA UTILIZADA

O presente PPRGCIC foi desenvolvido com base na informação disponibilizada pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), nomeadamente o Manual de Auditoria Interna, com base nas normas e padrões internacionais para a prática de auditoria interna, mais concretamente na área do risco e gestão de riscos, e ainda com base nas Recomendações do CPC, nomeadamente:

- Recomendação de 1 de julho de 2009 – PGRGCIC;
- Recomendação de 7 de abril de 2010 – Publicidade dos PGRGCIC;
- Recomendação de 1 de julho de 2015 – PPRGCIC;
- Recomendação de 2 de outubro de 2019 – Prevenção de riscos de corrupção na contratação pública;
- Recomendação de 8 de janeiro de 2020 – Gestão de conflitos de interesses no setor público;

4.2. DEFINIÇÕES E CONCEITOS

O PPRGCIC serve o propósito de constituir uma ação sistematizada e abrangente de identificação, avaliação, mitigação, monitorização e prevenção de riscos, que assegura o desenvolvimento, a implementação e a manutenção de procedimentos, organizacionais e de controlo, necessários à gestão prudente dos riscos materiais que a ULS do Nordeste se encontra exposta, quer no domínio interno quer no externo, assegurando que os mesmos permaneçam num nível que não comprometa a prossecução da sua missão, das atribuições e competências que lhe estão cometidas.

Nesse sentido, é importante clarificar alguns conceitos, sobretudo a noção de Risco, de Risco de Corrupção, de Risco de Infrações Conexas, Risco de Fraude e ainda Risco de Conflitos de Interesses.

Risco - O risco é o resultado objetivo da combinação entre a probabilidade de ocorrência de um determinado evento, que possa ter impacto sobre o alcance dos objetivos da Organização, e o impacto resultante caso este se venha a verificar.

Risco de Corrupção – Por risco de corrupção compreendem-se situações que possam consistir na prática, na forma ativa ou passiva, de um ato ou omissão, lícito ou ilícito, motivada pelo recebimento ou promessa de compensação indevida e ilegítima, para o próprio ou terceiros. A organização não-governamental “Transparência Internacional” define a corrupção como “*o abuso de um poder confiado, para ganhos privados*”.

Risco de Infrações Conexas – Consiste num comportamento igualmente prejudicial na relação entre o agente público e o bom funcionamento das instituições públicas e tem como objetivo a obtenção de vantagem ou compensação do primeiro. Entre eles está o abuso de confiança, o abuso de poder, a concussão, a extorsão, a participação económica em negócio para obtenção de vantagem ilegítima, o peculato, o suborno, o tráfico de influências e a violação de segredo por funcionário.

Risco de Fraude – Risco de ocorrência de atos voluntários de omissão e manipulação de transações e operações, adulteração de documentos, registos, demonstrações financeiros, tanto em termos físicos como monetários.

Risco de Conflito de Interesses – Compreende-se qualquer situação em que um agente, por força do exercício das suas funções, tenha de tomar decisões que possam afetar ou por em causa interesses particulares seus ou de terceiros e que por essa via prejudiquem ou possam prejudicar a isenção e o rigor das decisões que tenham de ser tomadas, ou que possam suscitar a mera dúvida sobre a isenção e o rigor que são devidos ao exercício de funções públicas.

Ainda sobre a questão de conflito de interesses, no dia 8 de janeiro de 2020, o CPC aprovou uma Recomendação sobre a Gestão de Conflitos de Interesses no Setor Público, substituindo a anterior Recomendação sobre a mesma matéria, de 7 de novembro de 2012, dirigida a todas as entidades do setor público e a todas as demais entidades, independentemente da sua natureza, que participem em decisões, movimentam dinheiros, valores ou patrimónios públicos, as quais, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses.

O CPC considera que um sistema de governação robusto, baseado nos valores da integridade, probidade, transparência e responsabilidade é preventivamente fundado nas declarações de interesses e na verificação de incompatibilidades e, casuisticamente, de impedimentos, para suprimir potenciais conflitos de interesses e consequentemente reduzir a vulnerabilidade das instituições à sua ocorrência.

Deste modo, é importante garantir que os membros de órgãos estatutários e todos os colaboradores da ULS do Nordeste, independentemente do seu vínculo ou posição hierárquica, devem abster-se de participar em qualquer atividade da Instituição, ou com ela relacionada, suscetível de conflito de interesses.

Devem ser desenvolvidas normas gerais para evitar situações de conflito de interesses alegadamente ocorridas no âmbito da atividade da ULS do Nordeste, devendo as mesmas ser comunicadas por qualquer dos meios estabelecidos no regulamento de comunicação de irregularidades da Instituição.

4.3. FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES

É importante garantir que cada interveniente tenha conhecimento do presente Plano, pois compreende integralmente todos os colaboradores da Instituição e é essencial que cada um tenha conhecimento da sua função e cumpra com as responsabilidades que lhe são cometidas.

Conselho de Administração: Sendo o Conselho de Administração o órgão máximo com responsabilidades de gestão de riscos, detém a responsabilidade de definir a direção estratégica da organização e criar o ambiente e estruturas necessárias que assegurem a implementação das medidas constantes do PPRGCIC, incentivando o comportamento ético e garantindo a execução de controlos internos adequados.

Diretores e coordenadores dos serviços: Tem a responsabilidade operacional na identificação de riscos, na implementação de controlos adequados e propostas de melhoria, auxiliando assim na melhoria do PPRGCIC, para que nele sejam incluídas necessidades de atuação que entretanto sejam por si identificadas. Dentro das suas competências, devem ainda comunicar ao Conselho de Administração qualquer situação de risco que identifiquem com uma probabilidade maior de ocorrência, garantir a eficácia das medidas de controlo do risco na sua esfera de atuação e sensibilizar os restantes colaboradores sobre a existência de riscos nos serviços. São também os responsáveis pela organização, aplicação e acompanhamento do Plano.

Colaboradores: Devem ter conhecimento da existência do PPRGCIC, perceber o seu nível de responsabilidade associada e qual a forma de contribuir para a melhoria contínua da gestão de riscos. Devem comunicar à direção do serviço, de forma sistemática e imediata, todos os riscos ou falhas constatadas nas medidas de controlo existentes. Recentemente foi também disponibilizado um formulário, na página da intranet da ULS do Nordeste, para todos os colaboradores poderem comunicar qualquer fator potencial de risco identificado inerente à atividade, função ou processo que desenvolvem.

Serviço de Auditoria Interna: Acompanha a execução das medidas previstas no PPRGCIC e elabora o respetivo Plano e Relatório Anual de execução. Apoia o Conselho de Administração na consolidação da revisão e atualização do Plano, sugerindo igualmente alterações à sua forma ou conteúdo. Reporta ao Conselho de Administração situações de risco que decorrem da avaliação do sistema de controlo interno.

4.4. AVALIAÇÃO DO RISCO

Os riscos devem ser avaliados relativamente à sua probabilidade de ocorrência e ao seu impacto previsto, de forma a determinar os processos de gestão a que devem ser sujeitos.

- **Probabilidade de ocorrência** – Representa a possibilidade de um determinado risco se verificar;
- **Impacto previsto** – Representa o efeito de um determinado risco ocorrer.

Resultante da combinação entre critérios, os riscos são classificados através de uma graduação compreendida entre **Baixo, Moderado e Elevado**, conforme observado na seguinte tabela:

		Impacto Previsto		
		Moderado	Elevado	Elevado
Probabilidade de Ocorrência	Baixa	Moderado Baixo impacto; Elevada probabilidade	Elevado Moderado impacto; Elevada probabilidade	Elevado Elevado impacto; Elevada probabilidade
	Moderada	Baixo Baixo impacto; Moderada probabilidade	Moderado Moderado impacto; Moderada probabilidade	Elevado Elevado impacto; Moderada probabilidade
	Elevada	Baixo Baixo impacto; Baixa probabilidade	Baixo Moderado impacto; Baixa probabilidade	Moderado Elevado impacto; Baixa probabilidade

Através da respetiva tabela podemos verificar que as atividades/eventos que apresentam um índice Elevado de exposição ao risco merecem uma atenção especial e prioritária no sentido de desenvolver medidas que possam mitigar a sua ocorrência, seguido dos que apresentam um índice Moderado e por fim os que apresentam um índice Baixo.

4.5. MITIGAÇÃO DO RISCO

Aquando da identificação dos riscos, conhecidas as probabilidades de ocorrência e seus impactos previstos, é fundamental decidir sobre o que fazer com os riscos, particularmente através das seguintes respostas possíveis:

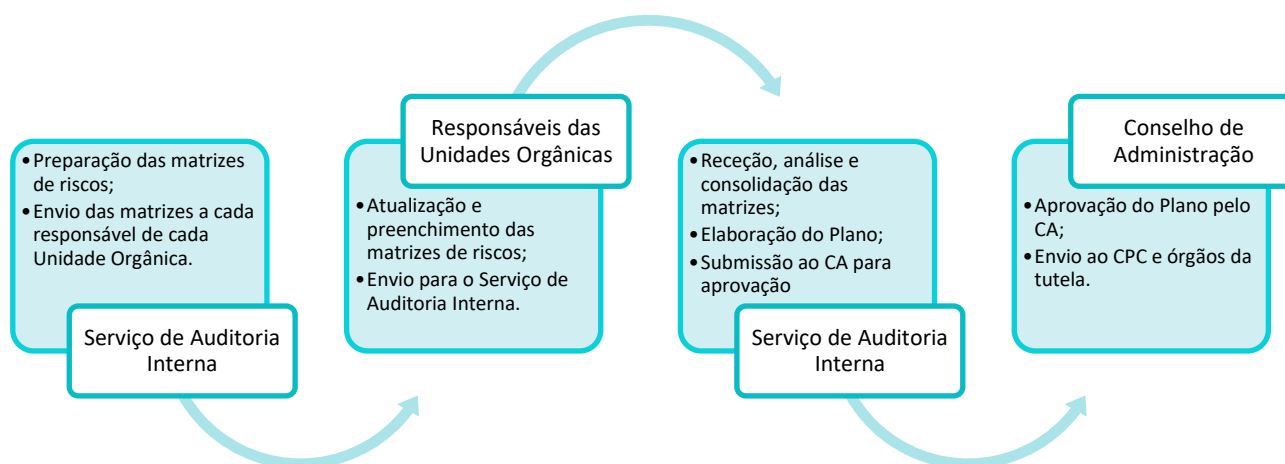
- a) **Evitar o risco** – Eliminar a causa ou abandonando as atividades que originem o risco;
- b) **Reduzir a exposição** – Implementar medidas que reduzam a probabilidade de ocorrência e/ou impacto do risco;
- c) **Partilha do risco** – reduzindo a probabilidade de ocorrência ou impacto através da transferência ou partilha de parte do risco para terceiros;
- d) **Aceitar o risco** – não realizar qualquer ação sobre a probabilidade e impacto.

Na determinação das respostas acima mencionadas, convêm considerar os seguintes fatores:

- Os efeitos das possíveis respostas;
- Os custos e benefícios e o esforço de controlo com o nível de risco identificado;
- As oportunidades possíveis para atingir os objetivos.

4.6. IMPLEMENTAÇÃO, DIVULGAÇÃO E MONITORIZAÇÃO

Para a reformulação do presente Plano, foi adotada a seguinte metodologia:



Na sequência da elaboração do presente Plano, é importante garantir a implementação de determinadas medidas transversais, nomeadamente:

- Divulgação do PPRGCIC na Intranet e na página eletrónica da ULS do Nordeste;
- Submissão do Plano às entidades referidas no ponto 1.2. da Recomendação n.º 1/2009, de 1 de julho, do CPC;
- Elaboração de um Relatório Anual de Execução do PPRGCIC.

É ainda importante que os diversos intervenientes envolvidos se sintam sensibilizados de forma a dar continuidade ao trabalho realizado em prol dos objetivos traçados pela ULS do Nordeste. Para uma implementação eficaz da temática gestão de riscos, importará promover diversas ações através de:

- Ações de sensibilização e divulgação do presente Plano;
- Promoção de ações de formação profissional de reflexão e sensibilização sobre a temática Prevenção e Gestão de Riscos, promovendo simultaneamente o Código de Conduta e Ética da ULS do Nordeste, sensibilizando os colaboradores para os princípios éticos que devem reger a sua atividade;
- Promoção de reuniões entre o Serviço de Auditoria Interna e os responsáveis das diversas unidades orgânicas, com o objetivo de aumentar a qualidade e abrangência do atual plano e assegurar a implementação das medidas previstas;

Dado o seu carácter fundamental enquanto instrumento de gestão, as presentes medidas serão objeto de monitorização periódicas pelo Serviço de Auditoria Interna, cujos resultados e recomendações devem integrar o Relatório Anual de Execução a apresentar ao Conselho de Administração.

5. MATRIZ DE RISCO

A elaboração do PPRGCIC consubstanciou-se num processo participativo pelos responsáveis de diversas unidades orgânicas de apoio à gestão, com o propósito de envolver ativamente todos os colaboradores, cuja ação se pode constituir mais efetiva na prevenção deste fenómeno, e proceder à compilação dos riscos identificados de corrupção, de infrações conexas, de conflito de interesses e de âmbito operacional, nas áreas em que estes são superintendentes.

Resultante da análise às áreas mais suscetíveis de se originarem riscos, foram identificados e classificados, assim como, identificadas as medidas previstas de prevenção e controlo, de acordo com as recomendações do CPC, nomeadamente a recomendação n.º 3/2015, que prevê o alargamento do Plano aos cargos de direção de topo.

A seguinte Matriz de Risco da ULS do Nordeste é assim subdividida da seguinte forma:

- Dirigentes e Chefias;
- Comunicação e Imagem;
- Jurídico e Contencioso;
- Planeamento e Controlo;
- Apoio Geral e Transportes;
- Auditoria Interna;
- Compras e Logística;
- Contabilidade e Gestão Financeira;
- Farmácia;
- Gestão de Utentes;
- Informática e Comunicações;
- Instalações e Equipamentos;
- Recursos Humanos;
- Formação e Desenvolvimento.

5.1. DIRIGENTES E CHEFIAS

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controle
Delegação de competências	Exercício de autoridade delegada indevido	Baixo	Moderado	●	Publicação na página da internet da ULSNE as delegações e subdelegações de competências atribuídos
					Existência de um canal independente e autônomo para comunicação de irregularidades, que assegurem a exaustividade, a integridade e a confidencialidade da denúncia, impedindo o acesso de pessoas não autorizadas e permitindo a sua conservação
					Política de sanções em caso de violação dos normativos legais
Acumulação de funções	Exercício de atividade não autorizada. Exercício de atividade privada durante o horário de trabalho. Utilização de recursos públicos no exercício da atividade privada.	Baixo	Moderado	●	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções, nos termos do artigo 29.º, da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro
					Existência de um canal independente e autônomo para comunicação de irregularidades, que assegurem a exaustividade, a integridade e a confidencialidade da denúncia, impedindo o acesso de pessoas não autorizadas e permitindo a sua conservação
					Política de sanções em caso de violação dos normativos legais
	Comprometimento da isenção e a imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas	Baixo	Moderado	●	Publicação na página da internet da ULSNE as declarações de inexistência de conflitos de interesses (dos membros do CA), de acordo com o art.º 52.º, Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro
					Existência de um canal independente e autônomo para comunicação de irregularidades, que assegurem a exaustividade, a integridade e a confidencialidade da denúncia, impedindo o acesso de pessoas não autorizadas e permitindo a sua conservação
					Política de sanções em caso de violação dos normativos legais
Relações de hierarquia	Avaliações de desempenho irregulares	Baixo	Moderado	●	Existência de uma estrutura hierarquizada
					Definição legal das responsabilidades de dirigentes e chefias
					Existência de um conselho Coordenador da Avaliação, onde são validadas as avaliações, assim como de uma Comissão Paritária onde se encontram representados os vários grupos profissionais
	Assédio moral ou discriminação contra os colaboradores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, ideológicas ou outras	Baixo	Moderado	●	Implementação/ revisão do Regulamento de Comunicação de Irregularidades
					Existência de um canal independente e autônomo para comunicação de irregularidades, que assegurem a exaustividade, a integridade e a confidencialidade da denúncia, impedindo o acesso de pessoas não autorizadas e permitindo a sua conservação
					Formação de dirigentes e chefias em gestão de pessoal e liderança
	Atos de retaliação contra colaboradores que reportem atos de corrupção, de má conduta ou violação dos deveres profissionais	Baixo	Moderado	●	Implementação/ revisão do Regulamento de Comunicação de Irregularidades, considerando o disposto no art.º 21.º (Proibição de retaliação), da Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro
					Garantia de impedimento de acesso às denúncias formuladas por pessoas não autorizadas para o efeito.
					Realização de ações de formação interna a todos os dirigentes e trabalhadores, no âmbito de políticas e procedimentos de prevenção da corrupção e infrações conexas
Não deteção ou dissimulação de condutas corruptas de colaboradores	Baixo	Moderado	●	Implementação/ revisão do Regulamento de Comunicação de Irregularidades	
				Implementação/ revisão do Código de Ética e Conduta profissional da ULSNE	

Conflito de interesses	Tratamento privilegiado de pessoas ou processos; Favorecimento/ Prejuízo de concorrentes, fornecedores ou pessoas (devido a conflitos de interesses) na tramitação de processos, na tomada de decisão ou na execução de contratos	Baixo	Moderado	●	Existência de um canal independente e autônomo para comunicação de irregularidades, que assegurem a exaustividade, a integridade e a confidencialidade da denúncia, impedindo o acesso de pessoas não autorizadas e permitindo a sua conservação
					Publicação na página da internet da ULSNE as declarações de inexistência de conflitos de interesses (dos membros do CA), de acordo com o art.º 52.º, Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro
					Política de sanções em caso de violação dos normativos legais
					Estrutura hierarquizada com vários níveis de decisão
					Rotatividade do pessoal, mediante recursos humanos disponíveis
					Promover a tomada de decisão de grupo, composto por vários membros com representações diversas
Sigilo	Fornecimento de informação não autorizado a terceiros, com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais	Baixo	Moderado	●	Sujeição de todos os dirigentes e colaboradores da ULSNE ao dever legal de sigilo
					Política de sanções em caso de violação dos normativos legais
					Acesso à informação presente nos sistemas informáticos através de um processo de autenticação individual
					Avaliação quanto aos níveis de segurança e controlo de acesso aos arquivos/registos
Igualdade	Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade	Baixo	Moderado	●	Implementação/ revisão do Código de Ética e Conduta profissional da ULSNE
					Rotatividade do pessoal, mediante recursos humanos disponíveis
					Promover a tomada de decisão de grupo, composto por vários membros com representações diversas

5.2. COMUNICAÇÃO E IMAGEM

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Comunicação Interna	Divulgação de informação não validada pelo CA	Baixo	Moderado	●	Criação de procedimento relativo à divulgação interna e externa de informação
Comunicação Externa	Prestação de declarações ao exterior sem o conhecimento/ aprovação do CA	Baixo	Moderado	●	Criação de procedimento que enuncie as regras para a prestação de informação institucional à Imprensa
Imagem	Elaboração aleatória de materiais informativos institucionais e não cumprimento das regras de imagem institucional (ex.: uso incorreto do logótipo, entre outros)	Moderado	Baixo	●	Criação e disponibilização de manual de identidade gráfica
	Sinalética interior e exterior que não cumpre os requisitos da imagem institucional	Baixo	Baixo	●	Elaboração de procedimento com normas para a elaboração de materiais informativos
	Recolha indevida, por colaboradores ou elementos externos, de imagens fotográficas e/ou vídeo nas instalações da ULSNE	Baixo	Moderado	●	Criação de procedimento normativo e de formulário para recolha interna autorizada de imagens

Gestão de crise	Ocorrência de facto interno causador de dano/prejudicial à imagem externa e interna da instituição	Moderado	Elevado	●	Elaboração de estratégia de gestão de crise reputacional
-----------------	--	----------	---------	---	--

5.3. JURÍDICO E CONTENCIOSO

Atividade/Função/Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Contencioso	Incumprimento de prazos	Baixo	Baixo	●	Implementação de um controlo efetivo de prazos
	Incumprimento da tramitação processual	Baixo	Moderado	●	Todos os departamentos, serviços e unidades colaboram com o Gabinete Jurídico e Contencioso, através de envio de toda a documentação solicitada dentro do prazo
Jurídico - Processos de inquérito e/ou disciplinares	Parcialidade/ favorecimento nos pareceres jurídicos	Baixo	Baixo	●	Controlo e monitorização dos pareceres e informações
					Apreciação e validação conjunta, potenciando o espírito de equipa e partilha de informação e experiência
					Estrutura hierarquizada de decisão, com consequente análise em diferentes níveis
	Informação não fidedigna	Baixo	Baixo	●	Acesso a informação científica atualizada
	Não comparência	Baixo	Baixo	●	Convocação atempada dos visados
	Violação do dever de imparcialidade e isenção	Baixo	Moderado	●	Sensibilização interna quanto aos princípios base da atividade
Utilização indevida de informação confidencial	Baixo	Moderado	●	Sensibilização interna para o arquivo documental Sensibilização interna quanto aos princípios base da atividade	
Processos em tribunal	Incumprimento de prazos	Baixo	Baixo	●	Implementação de um controlo efetivo de prazos
	Utilização indevida de informação confidencial	Baixo	Moderado	●	Sensibilização interna quanto aos princípios base da atividade

5.4. PLANEAMENTO E CONTROLO

Atividade/Função/Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Planeamento e Controlo	Produção incorretamente registada	Baixo	Baixo	●	Promover, regularmente análises ao registo de produção
	Produção não registada em tempo útil	Baixo	Baixo	●	Promover, regularmente, análises ao registo de produção
					Manutenção de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividade/produção
					Alargar o âmbito de cruzamento de informação entre os diversos aplicativos
	Efetuar registos que permitam que se gerem GDH economicamente mais vantajosos	Baixo	Moderado	●	Definição de limites nas verbas para remuneração da atividade adicional por serviço Realização de Auditorias Clínicas
Produção realizada sem qualquer registo informático	Baixo	Moderado	●	Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventualidade destas situações	

	Informação não fidedigna extraída das várias aplicações informáticas de registo de atividade	Baixo	Moderado	●	Alargar o âmbito de cruzamento de informação entre aplicativos
Projetos de investimento	Não cumprimento das normas estabelecidas pelas entidades financiadoras dos projetos de investimento (perda de financiamento)	Baixo	Elevado	●	Implementação de procedimentos internos que garantam o cumprimento das normas associadas aos projetos de investimento
	Inexistência de um controlo rigoroso da execução financeira e temporal dos projetos de investimento	Baixo	Moderado	●	Identificação dos responsáveis pela execução de cada tarefa associada ao projeto Comunicação atempada dos projetos de investimento, alvo de financiamento, ao Serviço de Compras e Logística e Serviço de Gestão Financeira Implementação de procedimentos internos de acompanhamento do progresso dos investimentos, com reporte periódico ao CA
	Inconformidades com as regras de publicidade, relativamente aos projetos de investimento com financiamento comunitário	Baixo	Baixo	●	Implementação de procedimentos de controlo, com suporte nos sistemas de informação, com base em checklist's de verificação

5.5. APOIO GERAL E TRANSPORTES

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Limpeza e higienização; Segurança e Vigilância; Gestão de Resíduos; Gestão de Roupas; Desinfestação/ Controlo de Pragas	Caderno de encargos sem as especificações técnicas necessárias para a prestação dos respetivos serviços	Baixo	Baixo	●	Definição de forma clara e precisa das cláusulas técnicas nos cadernos de encargos
	Alteração dos recursos disponibilizados pelo prestador de serviços, de forma a aumentar a rentabilidade do contrato	Moderado	Baixo	●	Definição de um contrato de prestação de serviços através da definição de um mapa de quantidades (p.ex. horas, consumíveis, kg/ peças de roupa, etc.)
	Desempenho insuficiente dos recursos, colocando em causa a qualidade do serviço prestado	Moderado	Baixo	●	Criação de grupos de supervisão multidisciplinares para verificação do desempenho dos serviços prestados Elaboração de um relatório anual composto por análises de satisfação do utente, dos colaboradores, reclamações e resultados de auditorias às áreas dos serviços prestados
	Aumento artificial do peso dos contentores de recolha de resíduos, com o objetivo de aumentar a faturação	Baixo	Baixo	●	Implementação de um sistema de controlo interno de forma a validar toda a faturação (a fatura só é emitida após validação do mapa de quantidades) Implementação de um sistema aleatório de controlo dos pesos
	Colocação de máquinas de vending por outros prestadores, sem contrato com a ULSNE	Baixo	Baixo	●	Todas as máquinas são colocadas após aprovação do CA. Caso contrário, as máquinas são retiradas, e dado um prazo aos donos das máquinas para a sua retirada
	Alteração do número de intervenções programadas de desinfeção e controlo de pragas, de forma a aumentar a rentabilidade do contrato	Baixo	Baixo	●	Todas as intervenções são acompanhadas/ monitorizadas/ registadas pelo Serviço de Apoio Geral e Transportes
	A faturação pode aumentar em função do peso da	Baixo	Baixo	●	Em geral, a roupa limpa é pesada e conferida antes de ser disponibilizada aos serviços utilizadores

	roupa/ número de peças fardamento limpa				Implementação de um sistema de controlo por radiofrequência (RFID)
	Roupa danificada pela ULS do Nordeste	Baixo	Baixo	●	Sempre que é verificada a situação, a roupa danificada é devolvida ao prestador de serviço
	Utilização de fardamento disponibilizado fora das instalações da ULS do Nordeste	Baixo	Baixo	●	Implementação da identificação do fardamento através de um RFID, que permita rastrear o circuito de todo o fardamento
	Desaparecimento de roupa/ fardamento hospitalar	Baixo	Baixo	●	Implementação de medidas de autoinspeção de todos os têxteis que saem das instalações da ULS do Nordeste (ex.: RFID)
	Inexistência de normas ou procedimentos internos escritos e divulgados	Moderado	Moderado	●	Implementação/ revisão e divulgação dos procedimentos de qualidade
Central Telefónica	Inexistência de um manual de procedimentos aprovado pela hierarquia competente	Baixo	Moderado	●	Elaboração/revisão de um procedimento interno destinado ao atendimento telefónico da ULSNE
	Abuso de poder no contacto com os utentes	Baixo	Moderado	●	Promover formação alargada aos profissionais sobre questões éticas e códigos de conduta aplicáveis, qualidade no atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de emoções em situações de conflito
					Adequar o perfil do colaborador ao posto de trabalho, promovendo a rotatividade
					Realização periódica de ações de "cliente mistério"
	Impossibilidade de resolução do pedido do utente	Baixo	Moderado	●	Implementação de sistema de registo biométrico/ login individual para as telefonistas, nas consolas de atendimento
					Identificação, em cada contacto telefónico, o âmbito da chamada e documentar de forma precisa e detalhada a questão
Criação / atualização de um documento "Perguntas Mais Frequentes" (FAQ's) e publicar no site da instituição	Baixo	Moderado	●	Fornecer outro meio de resolução do pedido, através do correio eletrónico consultas@ulsne.min-saude.pt	
				Elaboração de um relatório anual composto por análises de satisfação do utente, dos colaboradores, reclamações e resultados de auditorias à área das telefonistas	
Não atendimento, devido ao elevado volume de chamadas	Elevado	Baixo	●	Elaboração de procedimentos de monitorização, com indicadores globais e individuais	
Gestão da frota automóvel	Utilização indevida das viaturas para fins privados	Moderado	Elevado	●	Implementação de sistema de controlo de gestão da frota por GPS, com opção de rastreamento dos percursos
					Controlar os quilómetros percorridos das viaturas e os consumos Via Verde/ Combustíveis/Parqueamento
	Utilização das viaturas sem a devida garantia de segurança para os ocupantes	Baixo	Elevado	●	Sistema de monitorização com alertas das inspeções obrigatórias, seguros, manutenções, reparações, pneumáticos, etc.
	Realização de serviços de manutenção, inspeção e reparações das viaturas fora do âmbito dos planos programados de manutenção, sem adequada aprovação	Baixo	Moderado	●	Implementação de um plano e relatório anual com registo das intervenções e/ou manutenções por viatura, remetido para aprovação do CA

5.6. AUDITORIA INTERNA

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controle
Sistema de Controle Interno	Inexistência de normas ou procedimentos interno escritos	Moderado	Moderado	●	Promover a elaboração e atualização de Manuais de procedimentos nas diferentes áreas da ULSNE
Sistema de Gestão de Riscos	Ineficaz/ desatualizado Sistema de Gestão de Riscos	Moderado	Moderado	●	<p>Apoiar o CA na consolidação da implementação/ revisão de instrumentos de prevenção e gestão de riscos, tais como: Códigos de ética e conduta, manuais de procedimentos, normas de controle interno, PPRGCIC e canais de comunicação de irregularidades</p> <p>Reporte de situações de risco que decorrem da avaliação do sistema de controle interno</p> <p>Promover o envolvimento e participação de todos os colaboradores na identificação e comunicação de potenciais riscos de gestão (ex.: implementação de uma plataforma de comunicação de eventuais situações de risco)</p> <p>Implementação de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses</p>
Planeamento das ações de Auditoria Interna	Não inclusão das potenciais áreas de maior risco no plano anual de auditoria	Baixo	Moderado	●	<p>Revisão periódica do Sistema de Controle Interno e do PPRGCIC da ULS do Nordeste</p> <p>Planear ações de auditoria e follow-up as áreas específicas/criticas, com base no PPRGCIC da ULSNE</p>
	Não cumprimento das ações previstas no plano anual de auditoria interna	Moderado	Baixo	●	Monitorização trimestral do Plano Anual de Auditoria Interna de acordo com o respetivo cronograma aprovado
Desenvolvimento da atividade de auditoria interna	Utilização indevida de informação confidencial	Baixo	Moderado	●	<p>Aquisição de competências e formação dos elementos da equipa de Auditoria Interna</p> <p>Sensibilização quanto aos princípios base da atividade de Auditoria Interna</p> <p>Trabalho de campo realizado por mais de 1 elemento da equipa de auditores/técnicos de auditoria</p> <p>Sensibilização interna para o arquivo documental, inclusive dos papéis de trabalho</p>
	Violação do dever de imparcialidade e isenção	Baixo	Moderado	●	Sensibilização quanto aos princípios base da atividade de Auditoria Interna
	Não recolha, extravio ou inutilização de evidências de suporte às avaliações e análises efetuadas, comprometendo os resultados das mesmas	Baixo	Moderado	●	<p>Planeamento das ações de modo exaustivo e rigoroso, no sentido de limitar o seu âmbito e identificar as situações com maior materialidade, relevância ou risco.</p> <p>Aquivo próprio para os processos de auditoria interna</p> <p>Limitação do acesso aos processos de auditoria interna</p>
Recomendações e impactos resultantes das ações desenvolvidas	Não implementação das recomendações resultantes dos relatórios de auditoria	Baixo	Moderado	●	Realização de ações de follow-up a todas as ações de auditoria desenvolvidas
	As ações desenvolvidas sem impacto direto na melhoria contínua	Baixo	Moderado	●	Em conjunto com os serviços intervenientes, avaliar os impactos resultantes das recomendações propostas

5.7. COMPRAS E LOGÍSTICA

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controle
Planeamento de Compras de Bens e Serviços	Inexistência de plano anual de compras devidamente aprovado	Moderado	Elevado	●	Implementação de um plano anual de compras previamente elaborado e aprovado Constituição de uma comissão de análise, em particular para materiais de consumo clínico e instrumental cirúrgico
	Estimativa de custos desajustadas	Moderado	Moderado	●	Projeções com base em histórico de aquisições anteriores
	Fracionamento da despesa, nomeadamente de investimentos e obras	Elevado	Elevado	●	Plano Plurianual de Investimentos aprovado pelo CA atempadamente Agrupar os processos de aquisição para um ano
Compras	Ineficiente gestão do processo de compra	Moderado	Elevado	●	Implementação de um manual de compras e procedimentos de compra de acordo com CCP Pesquisa de mercado de produtos/fornecedores que satisfaçam as necessidades e ao melhor preço (eficiência da compra) Realização de avaliação regular do desempenho dos fornecedores Aquisição e desenvolvimento de competências necessárias, de modo a promover a realização de procedimentos concursais em detrimento da consulta prévia e do ajuste direto
	Não publicação dos contratos no portal dos contratos públicos	Moderado	Elevado	●	Implementação de procedimentos internos que visem a obrigatoriedade de publicação de contratos celebrados no portal da internet dedicados aos contratos públicos Aquisição e desenvolvimento de competências necessárias para efetuar todas as tarefas inerentes ao procedimento
	Compras realizadas sem autorização	Baixo	Moderado	●	Definição e aprovação de perfis e limites de autorização de compras Todas as compras têm suporte documental adequado e autorizado
	O mesmo colaborador do SCL intervém em mais do que uma fase dos processos de aquisições	Moderado	Moderado	●	Definir e delimitar as funções e tarefas dos colaboradores do SCL, de modo a evitar a sua participação em mais do que uma fase do mesmo procedimento
	Os colaboradores que integram o SCL exercem as mesmas funções, por regra, em vários anos consecutivos	Elevado	Moderado	●	Proceder à rotação periódica do pessoal do SCL, procurando evitar a participação sistemática dos mesmos colaboradores nos procedimentos de contratação
	Ajuste direto sem devida justificação	Moderado	Moderado	●	Procedimento com definição das condições para adoção do ajuste direto
	Falta de transparência e independência no procedimento de compra	Baixo	Moderado	●	Segregação de funções nas diversas fases do procedimento de compra Rotatividade na constituição dos elementos do júri Assinatura da declaração de conflito de interesses e incompatibilidades por todos os intervenientes no procedimento de compra Divulgação do regime de impedimentos
	Elevada dependência de um determinado fornecedor	Moderado	Moderado	●	Monitorizar as adjudicações efetuadas por fornecedor e respetivos valores
	Especificação do produto dirigido a um determinado fornecedor	Moderado	Elevado	●	Evitar qualquer tipo de especificação, designadamente no que refere à inclusão de cláusulas técnicas que limitem a concorrência, a marcas ou denominações comerciais.
	Fracionamento da despesa	Moderado	Moderado	●	Maior exigência na planificação das atividades com a adequada antecedência; melhoria do processo de gestão

	Rotura/falta no fornecimento pelo fornecedor	Elevado	Elevado	●	Base de dados de fornecedores inclui pelo menos três fornecedores para o mesmo tipo de produto/artigo
	Falta de convite a novos fornecedores	Moderado	Moderado	●	Constituição de uma base de dados de fornecedores atuais e potenciais
	Intervenção em situações de impedimento	Baixo	Moderado	●	Divulgação do regime de impedimentos
	Insuficiência de informação na elaboração de cadernos de encargos	Moderado	Moderado	●	Verificação do caderno de encargos pela comissão de análise e aposta na formação
	Flutuações/ Instabilidade do Mercado	Elevado	Elevado	●	Aquisição de competências necessárias para pesquisa constante de alternativas
Gestão de Contratos de Aquisição de Bens e Serviços	Inexistência de formalização de contratos de acordo com o CCP	Baixo	Moderado	●	Instituir a obrigatoriedade de celebração formal de contratos de acordo com o CCP, com inclusão de penalidades
	Contratos sem salvaguarda dos interesses institucionais	Baixo	Moderado	●	Inclusão nos contratos de cláusula de salvaguarda da instituição (ex.: penalizações)
	Modificações/alterações contratuais não conhecidas por todos os intervenientes no processo de compra	Baixo	Moderado	●	Nomeação de um gestor do contrato
					Circuito de comunicação entre todos os intervenientes relativamente a modificações/alterações contratuais ocorridas
	Falta de monitorização do cumprimento das cláusulas dos contratos	Moderado	Moderado	●	Garantir que todos os contratos têm nomeado um Gestor de Contrato de acordo com o CCP.
	Não gestão do prazo de garantia de equipamentos e empreitadas	Moderado	Moderado	●	Definição de um procedimento de gestão de garantias
					Sensibilização dos requisitantes para o prazo de garantia dos equipamentos
Não execução das penalidades contratualizadas	Moderado	Moderado	●	Subcontratação de serviços de fiscalização no caso de empreitadas	
				Definição de um Manual de Procedimentos de Empreitadas	
Verificação do Material no ato da Receção de Encomendas (Existências)	Receção não controlada física e qualitativamente	Moderado	Moderado	●	Assegurar a efetiva segregação de funções entre quem encomenda e quem receciona
					Efetiva evidência de quem rececionou os materiais e posterior verificação pelo serviço requisitante
					Assegurar que as encomendas são conferidas em quantidades e qualidade por colaborador com competências específicas
					Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente
					Promover a rotatividade de colaboradores evitando situações de conluio com fornecedores ou colegas
Armazenagem (Existências)	Acesso indevido aos armazéns e desvio de materiais ou retenção indevida	Elevado	Moderado	●	Realização de inventários periódicos aos armazéns, com justificação de diferenças significativas
					Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente
					Dificultar acesso a bens "apetecíveis"
					Restrição do acesso aos armazéns a pessoal não autorizado
Verificação do Material no ato da Receção de Encomendas (Imobilizados)	Receção não controlada física e qualitativamente	Moderado	Moderado	●	Assegurar a efetiva segregação de funções entre quem encomenda e as receciona
					Assegurar que as encomendas são conferidas em quantidade e qualidade por Colaborador com competências específicas
					Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente
					Promover a rotatividade de Colaboradores evitando situações de conluio com fornecedores ou colegas
Utilização de Bens Públicos (Imobilizados)	Apropriação e/ou utilização indevida de bens públicas, nomeadamente para fins	Elevado	Elevado	●	Desenvolvimento de um manual de gestão do imobilizado da ULSNE
					Verificações periódicas relativamente ao risco de desaparecimento de bens de elevado valor

	privados; Desvios de bens				Reorganização da função de gestão de imobilizado
					Responsabilização dos serviços pela salvaguarda e utilização dos bens atribuídos
Abates (Imobilizados)	Abates indevidos ou sem autorização do CA	Baixo	Baixo	●	Verificações aleatórias se os bens abatidos continuam no local Promover verificações por elemento diferente do que propôs o abate Desenvolvimento de um manual de gestão do imobilizado da ULSNE, o qual deve incluir procedimentos específicos relativos à sua aquisição, movimentação, abate
Transferências de bens (Imobilizados)	Transferências indevidas ou sem autorização do CA	Elevado	Moderado	●	Desenvolver mecanismos de melhor rastreabilidade dos bens do imobilizado Desenvolvimento de um manual de gestão do imobilizado da ULSNE

5.8. FARMÁCIA

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Aquisição de Produtos Farmacêuticos	Favorecimento de fornecedores por membros de comissões, grupos de trabalho, júris de procedimentos pré contratuais que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento	Baixo	Elevado	●	Assinatura de Declaração de Inexistência de Incompatibilidades (artigo 4.º, do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro) Constituição de uma comissão de análise
Gestão de Existências	Receção não controlada física e qualitativamente	Moderado	Moderado	●	Assegurar a efetiva segregação de funções entre quem encomenda e quem receciona Efetiva evidência de quem rececionou os medicamentos e posterior verificação pelo serviço requisitante Assegurar que as encomendas são conferidas em quantidades e qualidade Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente Promover a rotatividade de colaboradores evitando situações de conluio com fornecedores ou colegas
	Desvio de produtos farmacêuticos	Moderado	Moderado	●	Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente Realização de inventários periódicos aos armazéns, com justificação de diferenças significativas Dificultar acesso a bens "apetecíveis" Controlo de acesso nas áreas de armazenagem Restrição do acesso aos armazéns a pessoal não autorizado Implementação de câmaras de segurança
	Desvio de estupefacientes e psicotrópicos	Baixo	Moderado	●	Armazenamento seguro (ex.: cofres) Limitação de acesso Dupla conferência das dispensas
	Desperdício por não controlo dos prazos de validade dos medicamentos	Baixo	Moderado	●	Implementação de critérios de arrumação dos produtos na farmácia tendo em conta, entre outros, o prazo de validade Implementação de sistemas de controlo de validade, com emissão de alertas mensais dos produtos prestes a expirar

	Risco de deterioração do produtos farmacêuticos, resultantes da temperatura ambiente e/ou humidade	Baixo	Moderado	●	Implementação de um sistema de monitorização da temperatura com sistemas de alerta sempre que a temperatura se desvie dos valores definidos
					Instrução de trabalho sobre o controlo e registo de temperaturas e humidade
					Orientações para a organização e manutenção dos produtos farmacêuticos nas enfermarias
	Abatimento não controlado	Moderado	Moderado	●	Realização de inventários periódicos aos armazéns, com justificação de diferenças significativas
					Autorização do CA para os abates resultantes do inventário final de ano
Dispensa de Produtos Farmacêuticos	Não cumprimento de regras/ ineficiente dispensa de produtos farmacêuticos	Moderado	Moderado	●	Implementação/ revisão de procedimentos e instruções de trabalho relativos à dispensa de produtos farmacêuticos
	Imputação incorreta dos consumos no momento da dispensa	Moderado	Moderado	●	Conferência dos produtos saídos
					Realização de inventários periódicos
	Saída/retorno de medicamentos para/dos serviços clínicos	Moderado	Moderado	●	Análise de registos de dispensa
Alargamento da implementação do registo por PDA (quem entrega e quem recebe e a que horas), bem como as devoluções de medicamentos e de produtos farmacêuticos não administrados, com guia de transporte					
					Criação de armazéns avançados dos serviços clínicos e registo da administração ao doente pela aplicação dos enfermeiros

5.9. FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Planeamento	Desconformidade entre as ações formativas candidatadas e as reais necessidades da ULSNE	Moderado	Moderado	●	Envolvimento de todas as chefias no levantamento, planeamento e execução das necessidades de formação, tendo em consideração as prioridades pré-estabelecidas pela ACSS
	Dificuldade no acesso dos colaboradores para as ações de formação	Baixo	Moderado	●	Elaboração de programas formativos alinhados com as necessidades e em tempo oportuno
					Divulgação mensal das ações de formação
					Implementação e divulgação das normas internas referentes aos critérios de acesso a formação
					Sistema automático de alertas de marcação de formações
	Não cumprimento dos critérios de igualdade nas iniciativas de formação aos colaboradores	Baixo	Baixo	●	Rotatividade de formandos e formadores (se formação interna)
Contratação de serviços	Favorecimento na contratação de serviços de formação	Baixo	Moderado	●	Atuação em conformidade com e respetivo enquadramento legal, nomeadamente as circulares normativas do POISE
					Assinatura de declaração de Inexistência de Conflito de Interesses (quem decide a aquisição de serviços de formação)
					Implementação de uma bolsa de formadores
	Não cumprimento dos requisitos pré-definidos aquando da candidatura ao financiamento da ação formativa (formador, formato da ação, destinatários)	Baixo	Moderado	●	Programação atempada das formações, permitindo garantir os pressupostos definidos
					Monitorização periódica para poder proceder a ajustes que não desvirtuam os requisitos pré-definidos

5.10. CONTABILIDADE E GESTÃO FINANCEIRA

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo	
Gestão de Contas e Tesouraria	Retenção de valores cobrados	Elevado	Baixo	●	Recurso a meios de recebimento via sistema de Multibanco	
					Controlo diário do montante recebido por colaborador	
					Emissão obrigatória de recibos informatizados que possibilitem a conferência de emissão por listagem diária	
					Unificação/Integração do sistema de faturação dos CSP (14) e Saúde Pública (1) com os Hospitalares (1)	
					Segregação de funções	
						Reconciliação bancária mensal
	Desvio de fundos	Baixo	Moderado	●	Realização de reconciliações bancárias por colaborador não afeto à tesouraria	
					Circularização periódica dos saldos de terceiros	
					Autos de conferência periódicos aos Fundos de Maneio - CSP	
					Segregação de funções	
					O SGF reporta mensalmente ao CA a situação económico-financeira e a evolução das contas de receita e despesa	
Erros/ divergências em registos bancários e/ou contabilísticos	Baixo	Elevado	●	Segregação de funções		
				Conciliações e reconciliações bancárias mensais		
Utilização indevida do fundo de maneio	Moderado	Baixo	●	Implementação/revisão de manual de procedimentos relativo à atribuição e utilização de fundo de maneio		
				Segregação de funções entre os responsáveis pela gestão do fundo de maneio e os colaboradores com responsabilidades de registos contabilísticos e responsáveis de tesouraria		
				Todas as despesas efetuadas por fundo de maneio são devidamente justificadas e documentadas		
				Realização de reconciliação diária dos documentos de pagamento e recebimento		
Rendimentos e Contas a Receber	Rendimentos não registados, mal classificados ou registados em períodos e/ou com valores incorretos	Baixo	Elevado	●	Assegurar a identificação da natureza da produção e respetiva classificação contabilística	
					Conferência entre produção realizada e episódios faturados	
					Conferência mensal de contas de clientes e outros devedores	
					Segregação de funções (coordenador)	
						Circularização periódica de clientes e outros devedores
	Alteração e ou anulações a saldos de clientes não aprovados	Baixo	Elevado	●	Segregação de funções com perfis de acesso para reclassificação e/ou ajustamento de saldos de clientes	
	Cobranças não efetuadas atempadamente e/ou fora de prazo	Moderado	Moderado	●	Unificação/Integração do sistema de faturação dos CSP (14) e Saúde Pública (1) com os Hospitalares (1)	
					Implementação de procedimentos que garantam a cobrança da atividade realizada dentro do prazo	
	Atos clínicos não faturados/ faturados incorretamente	Moderado	Elevado	●	Unificação/Integração do sistema de faturação dos CSP (14) e Saúde Pública (1) com os Hospitalares (1)	
					Relatórios Trimestrais da Unidade de Faturação	
					Implementação de procedimentos que garantam a obtenção de erros limitativos à faturação	
Incorreta faturação devido à incorreta/ inexistente identificação da entidade financeira responsável pelo pagamento	Moderado	Moderado	●	Gabinete de relações com exterior (Admissão <-> Faturação)		
				Estabelecer a obrigatoriedade, no momento da admissão, da confirmação do documento de identificação com os dados do Web RNU. Na impossibilidade, recorrer a outras entidades do SNS, de modo a validar a totalidade da informação do doente		
Pagamentos e Contas a Pagar	Despesa não registada, mal classificada ou registada em	Moderado	Moderado	●	Assegurar a identificação da natureza da despesa e respetiva classificação contabilística	

períodos e/ou com valores incorretos				Conferência mensal de contas de fornecedores e outros credores
				Sistema integrado de gestão empresarial
				Segregação de funções (coordenador)
				Circularização periódica de fornecedores e outros credores
Alteração/ anulação de saldos de fornecedores não aprovados	Baixo	Moderado	●	Gestão de Perfis/Utilizadores no sistema de Informação (SICC SNC-AP)
				Segregação de funções com perfis de acesso para reclassificação e/ou ajustamento de saldos de fornecedores
Pagamento indevidos	Baixo	Moderado	●	Sistema integrado de gestão empresarial
				Assegurar que todas as faturas a pagamento foram conferidas pelos serviços de conferência de faturas
Pagamento de despesa sem verificação da situação tributária e contributiva do fornecedor	Baixo	Baixo	●	Repositório digital das declarações (perfis consulta/edição)
				Gestão e monitorização efetuada pelo Sistema de Informação (SICC SNC-AP)
				Manter a base de dados de fornecedores atualizada. Solicitar periodicamente esta informação aos fornecedores
Pagamentos preferenciais mais céleres a determinados fornecedores ou em montante superior ao efetivamente faturado	Baixo	Moderado	●	Implementação/ revisão do Plano de Pagamentos a Fornecedores
				Análise das antiguidades de saldos a fornecedores
				Análise e reporte superiormente de todas as situações injustificadas
				Segregação de funções
Incumprimento dos prazos de pagamento	Elevado	Moderado	●	Controlo da antiguidade de saldos
				Cumprimento das cláusulas contratuais sobre condições de pagamento
				Reforço da dotação orçamental, por parte da Tutela

5.11. GESTÃO DE UTENTES

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Admissão de Utentes	Dados de identificação de utentes insuficientes, incorretos ou desatualizados	Baixo	Moderado	●	Sensibilização dos colaboradores para a importância da correta e completa identificação dos utentes na instituição
					Análise da adequação do normativo em vigor
					Ligação da atividade de admissão à de cobrança, aferindo se a causa da não cobrança de taxa moderadora está na deficiente recolha/atualização dos dados dos utentes
					Verificação periódica das fichas de utentes
Abuso de poder no contacto com os utentes	Baixo	Moderado	●	Promover formação alargada aos profissionais sobre questões éticas e códigos de conduta aplicáveis, qualidade no atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de emoções em situações de conflito	
				Adequar o perfil do colaborador ao posto de trabalho, promovendo a rotatividade	
				Análises de satisfação do utente, de reclamações e resultados de auditorias à área da admissão de utentes	
Garantia de confidencialidade no acesso à informação clínica	Baixo	Moderado	●	Sensibilização e desenvolvimento de formação sobre o regime de acesso a dados pessoais	
Ausência de alta administrativa	Baixo	Moderado	●	Sensibilização dos colaboradores para procedimentos administrativos de alta, nomeadamente as suas implicações: libertação de vagas para outros doentes, adequada gestão de agendas, deslocação indevida de doentes à instituição, otimização de recursos, minimização de custos com convocatórias indevidas e outros contactos associados (e-mail, telefone, sms, carta)	
MCDT's	Recurso excessivo a MCDT no exterior com favorecimento/ indução de terceiros	Moderado	Moderado	●	Acompanhamento periódico dos MCDT's realizados na ULSNE e no exterior, com definição de sistema de alertas para eventuais desconformidades Providenciar informação sobre a necessidade de adquirir MCDT ao exterior (para efetuar consulta ao mercado)
Transporte de Doentes	Recurso excessivo a transportes de doentes	Moderado	Moderado	●	Implementação/revisão de procedimento interno/ sistema de verificação e controlo de transportes de doentes
Cobrança de Taxas Moderadoras	Falhas na cobrança de taxas moderadoras / Indevida apropriação de taxas moderadoras	Moderado	Moderado	●	Revisão do procedimento de cobrança de taxas moderadoras
					Privilegiar o pagamento por multibanco
	Anulação indevida de recibos	Baixo	Moderado	●	Existência de segregação entre a emissão e a anulação de recibos e respetiva supervisão Todos os recibos anulados devem ser entregues, com registo do motivo da anulação, e devem constar da listagem diária extraída do SONHO enviada aos Serviços Financeiros
Isenção ou dispensa indevida de taxas moderadoras	Moderado	Moderado	●	Confirmar a existência de isenção ativa no Web RNU ou atribuição de dispensa mediante apresentação de documento comprovativo	
				Existência e monitorização de procedimento de cobrança de taxas moderadoras e análise da antiguidade da dívida	

5.12. INFORMÁTICA E COMUNICAÇÕES

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controle
Serviços de Informação	Falta de alinhamento entre os investimentos informáticos e os objetivos da Instituição	Baixo	Moderado	●	Todas as aquisições de âmbito informático devem ter um parecer do serviço de informática
	Contratualização inadequada de serviços de assistência técnica	Baixo	Moderado	●	Implementação de um procedimento de avaliação do desempenho do fornecedor do serviço
	Interrupção de serviços fornecidos pelos sistemas de Informação	Baixo	Elevado	●	Implementação de procedimentos de atuação em caso de falha dos sistemas de informação e plano de contingência
	Falhas no controlo dos ativos	Baixo	Moderado	●	Realização de um inventário que identifique de forma clara e completa todos os ativos, localizações e/ou licenças
	Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados	Baixo	Elevado	●	Desenvolvimento de medidas para gestão adequada de acessos e privacidade dos dados
	Fuga de informação, violação de segredo, quebra de confidencialidade ou utilização indevida de informação sigilosa	Baixo	Moderado	●	Definição do processo interno para cedência de informação (universidades, instituições do MS, instituições de natureza inspetiva)
	Acesso a informação indevidamente	Baixo	Moderado	●	Perfis de acesso criados em função do conteúdo funcional do posto de trabalho, partindo sempre do princípio do minimizado acesso a dados Alteração periódica das senhas de acesso
	Sessões de trabalho abertas sem a presença do respetivo utilizador	Baixo	Moderado	●	Implementação de um procedimento interno de segurança e sensibilização dos colaboradores sobre as suas responsabilidades Bloquear automaticamente todas as sessões de trabalho após determinado tempo de inatividade
	Partilha de senhas entre utilizadores	Baixo	Moderado	●	Responsabilização dos titulares das senhas de acesso pela sua utilização, conforme previsto no procedimento interno
	Falhas dos sistemas informáticos, devido a ciberataques, vírus ou falhas de segurança por conduta negligente ou má conduta intencional de colaboradores, podendo colocar em causa a privacidade da informação do utente e o funcionamento dos serviços	Baixo	Elevado	●	Monitorização contínua do sistema informático, realização de testes e desenvolvimento de processo de backups e recuperação de dados perdidos Sessões de formação/sensibilização e alertas para consciencializar os utilizadores para o problema e informá-los sobre as Boas Práticas a adotar com este tipo de situações Implementação/ revisão periódica da Política de Segurança e Gestão de Dados da ULSNE
Arquivamento de Informação	Perda de informação devido ao fato do arquivo não garantir a salvaguarda da totalidade dos dados dos processos	Baixo	Elevado	●	Garantir o arquivamento informático de todos documentos que acompanham o processo, independentemente da sua dimensão Efetuar o arquivo dos processos em locais restritos e com efetivo controlo de acesso
Integração de Dados	Falta de integração entre sistemas informáticos	Baixo	Moderado	●	Levantamento regular de falhas de integração, no sentido de corrigir e introduzir melhorias de interface por via da cooperação entre os diversos serviços
Fiabilidade dos registos administrativos	Prestação de informação incompleta, desatualizada, desadequada ou mesma falsa	Moderado	Moderado	●	Relativamente aos dados dos utentes, desenvolvimento de um mecanismo informático que não permita avançar para os passos seguintes sem os dados dos campos anteriores estarem devidamente preenchidos, com controlo sobre se a informação é fidedigna

5.13. INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controle
Planeamento e organização	Informação dispersa e não sistematizada sobre a rede de serviços e recursos existente nos cuidados primários e hospitalares	Moderado	Moderado	●	Implementação/ revisão de um sistema estruturado de avaliação das necessidades da ULSNE
					Implementação de um Plano de Gestão de Recursos Energéticos previamente elaborado e aprovado
Execução dos contratos	Realização de contratos desajustados da utilização das instalações quanto á criticidade da sua falha	Baixo	Moderado	●	Revisão dos cadernos de encargos antes do seu envio para o Serviço de Gestão de Compras
	Inexistência de um controlo rigoroso dos custos do contrato, da calendarização dos trabalhos e do acompanhamento e avaliação do desempenho do contratante	Moderado	Moderado	●	Implementação de normas internas que garantam a boa e atempada execução dos contratos por parte dos fornecedores, prestadores de serviços e/ou empreiteiros, mediante fiscalização regular do desempenho do contratante, controlo rigoroso dos custos do contrato e calendarização sistemática
					Implementação de planos de monitorização interna, posteriormente entregues ao Conselho de Administração para conhecimento do seu cumprimento
					Registo do desvio temporal e financeiro entre o adjudicado e o executado, bem como respetivas causas
	Monitorização dos custos adicionais				
Inexistência de advertências logo que são detetadas situações irregulares ou derrapagens nos custos e nos prazos	Moderado	Moderado	●	Comunicação, em devido tempo, ao fornecedor, prestador de serviços ou empreiteiro, sempre que se verifiquem situações irregulares e/ou derrapagem de custos ou prazos contratuais	
Fiscalização e receção de trabalhos com execução defeituosa, por executar ou em incumprimento relativamente ao caderno de encargos	Moderado	Moderado	●	Autos de medição assinados pelo técnico e coordenador	
Instalações e Equipamentos	Falhas na avaliação dos serviços prestados, com receção de ordens de serviço de manutenção não efetuadas ou efetuadas deficientemente	Baixo	Moderado	●	Implementação/ revisão de um manual de procedimentos que visem a distribuição de funções e composição das equipas de trabalho
					Pré-avaliação realizada por equipa técnica, mediante ordem de serviço, privilegiando, sempre que possível, a disponibilidade operacional
	Não conformidade das operações de manutenção contratadas com terceiros	Baixo	Moderado	●	Controlo da permanência dos prestadores de serviço nas instalações da ULSNE
					Monitorização das ações de manutenção preventiva por um interlocutor claramente definido ao nível de cada Serviço
Ocorrência de desvios/ roubo/ furtos de equipamentos	Moderado	Moderado	●	Aleatoriamente, realização de um controlo periódico (anual) dos equipamentos afetos a determinados centros de custo	
				Responsabilização dos serviços pela salvaguarda e utilização dos bens atribuídos	
Falta de acuidade no abate físico de bens e na sua valorização	Baixo	Moderado	●	Parecer técnico relativo à inoperacionalidade ou obsolescência do bem	
				Aprovação do CA pelos abates	
					Remoção física dos bens que aguardam formalização de abate

5.14. RECURSOS HUMANOS

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo
Recrutamento de colaboradores	Favorecimento de candidato por parte do júri (quebra dos deveres de isenção, transparência e imparcialidade no decorrer de procedimentos concursais).	Baixo	Baixo	●	Implementação de um Regulamento de Recrutamento
					Revisão regular do procedimento relativo a recrutamento definido no Manual de Procedimentos Administrativos, que deve respeitar o princípio de igualdade constante do estatuto das EPE
					Constituição de júri com número mínimo de 5 elementos (1 presidente, 2 vogais efetivos e 2 vogais suplentes) para avaliação dos candidatos
					Rotatividade dos elementos que compõem os júris de concursos
					Preenchimento da declaração de inexistência de conflito de interesses por parte dos membros do júri
	Ineficaz avaliação das necessidades de contratação	Baixo	Moderado	●	Plano de atividades dos departamentos/ serviços/ unidades com identificação das necessidades de recursos humanos
	Contratos irregulares, com erros ou lacunas	Baixo	Baixo	●	Revisão do contrato por pessoa diferente da pessoa que elaborou
Apoio do Gabinete Jurídico e Contencioso (incluindo na elaboração da minuta)					
Processamento de Salários, abonos e descontos	Processamentos indevidos: - Remunerações; - Abonos variáveis, ajudas de custo, subsídios, etc.; - Trabalho extraordinário, prevenções, etc.; - Descontos (CGA, ADSE, SS, IRS,...); - Despesas comparticipadas para a ADSE.	Baixo	Baixo	●	Os elementos que efetuam o processamento de vencimentos encontram-se segregados dos elementos que efetuam a sua verificação, pagamento e contabilização
					Os elementos que efetuam o processamento de vencimentos efetuam a análise da conta de remunerações a pagar pertencentes às funções Tesouraria e Contabilidade geral
					Os elementos que analisam os registos de assiduidade, encontram-se segregados dos que: autorizam faltas, autorizam horas extraordinárias/ complementares, processam vencimentos, registam descontos, efetuam pagamentos, etc.
					Rotatividade dos colaboradores do SRH
					Revisão do Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos da Gestão de Recursos Humanos (ACSS)
	Processamento de vencimentos após o termo da relação jurídico de trabalho	Baixo	Baixo	●	Revisão periódica (mensal) das cessações de trabalho
					Bloqueio de processamento de salários após termo de relação jurídico de trabalho
Assiduidade/ Absentismo	Inadequado controlo de assiduidade e de tempo de trabalho	Baixo	Baixo	●	Implementação de registo biométrico
					Integração entre as aplicações de controlo de assiduidade e processamento de vencimentos
					Conferência de relatórios de assiduidade
					Sensibilização dos gestores de escala para a importância da validação dos horários
Análise de pedidos de justificação de faltas	Considerar uma falta justificada indevidamente	Baixo	Baixo	●	A justificação de faltas é autorizada pelas hierarquias e, quando tal é exigível, suportada por documento comprovativo
Análise dos requerimentos de acumulação de funções	Considerar indevidamente que se encontram cumpridos os requisitos para acumulação de funções. Acumulação de funções sem prévia autorização ou com incompatibilidades.	Moderado	Baixo	●	Divulgação do regime de acumulações
					Verificações aleatórias das declarações de Colaboradores para verificação da não acumulação
					Verificar declarações de IRS de médicos em regime de dedicação exclusiva, a realizar anualmente pelo Serviço de Recursos Humanos

Análise de requerimentos de licença sem vencimento	Considerar indevidamente que se encontram preenchidos os requisitos para autorização da licença sem vencimento.	Baixo	Baixo	●	Os pedidos de licença sem vencimento são remetidos para apreciação em reunião de CA
Deslocações em serviço	Deslocações em serviços processadas sem autorização	Baixo	Baixo	●	As deslocações em serviço são processadas após autorização das hierarquias, inclusive, vogal responsável pelo pelouro
Marcação de férias	Atribuição de dias de férias superior ao de direito.	Baixo	Baixo	●	O direito aos dias de férias é revisto anualmente e verificado em função da legislação aplicável e carregado na aplicação de assiduidade, não sendo possível a marcação de férias por períodos superiores ao direito adquirido
Renovação do contrato sem prévia autorização do CA	Favorecimento de colaborador com desempenho inadequado ou sem efetiva necessidade de renovação do ULSNE;	Baixo	Baixo	●	Obrigatoriedade de verificação dos elementos por mais de uma pessoa Elaboração de uma lista mensal de colaboradores contratados a prazo, para que o contrato possa ser analisado antecipadamente com um prazo superior a 60 dias
Manutenção de dados mestre de Colaboradores	Alteração não autorizada de dados mestre de Colaboradores com impacto em processamentos.	Baixo	Baixo	●	Os elementos que alteram os dados mestre de colaboradores, para efeitos de processamento, encontram-se segregados dos que processam de facto
Cadastro	Violação do sigilo	Baixo	Baixo	●	Criação de regras para consulta dos processos individuais exclusiva a pessoas autorizadas Implementação de arquivo digital, protegido e objeto de backups periódicos Sensibilização dos trabalhadores da área de RH sobre a obrigatoriedade de guardar reservar/ sigilo. (Código de Ética)
	Fuga de informação	Baixo	Baixo	●	Realização de ações de sensibilização sobre o tema. Segregação de funções devidamente documentadas.
	Cadastro do pessoal desatualizado / incompleto	Moderado	Baixo	●	Solicitação periódica (anual ou bianual) para atualização dos dados aos colaboradores Implementação de um check-list de controlo relativamente aos documentos dos processos individuais
Avaliação de desempenho	Ausência ou deficiente fundamentação dos resultados das decisões de avaliação	Baixo	Moderado	●	Verificar a existência de uma definição clara, objetiva e quantificável de objetivos
	Utilização excessiva de mecanismos excecionais de promoção na carreira	Baixo	Baixo	●	Cumprimento da legislação aplicável, das normas instituídas e SIADAP
Gestão de Carreiras	Inexistência de progressão de carreiras	Baixo	Moderado	●	Verificação anual das progressões existentes