



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
NORDESTE

Revisão CA 20.11.2024

aprovado

Plen

Dr. Carlos Alberto Vaz

Presidente

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO

INCLUINDO OS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

2025/27

15 de novembro de 2024



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

1. Índice

1. Índice	1
2. Enquadramento.....	5
3. Caracterização da Instituição	7
3.1. Missão e Atribuições	7
3.2. Visão	8
3.3. Objeto.....	8
3.4. Valores.....	8
3.5. Recursos Humanos	10
3.6. Órgãos Sociais	12
3.7. Estrutura.....	13
3.8. Organograma	14
3.9. Sistema de Controlo Interno	15
4. Gestão de Riscos	17
4.1. Definições e Conceitos	17
4.2. Funções e Responsabilidades.....	18
4.3. Metodologia	20
4.4. Avaliação do Risco	21
4.5. Mitigação do Risco	22
4.6. Implementação, Divulgação e Monitorização.....	22
5. Matriz de Risco	24
5.1. Órgão de Gestão, Dirigentes e Chefias.....	25
5.2. Comunicação e Imagem	28
5.3. Jurídico e Contencioso	30
5.4. Planeamento e Controlo	32
5.5. Apoio Geral e Transportes	34
5.6. Auditoria Interna	36
5.7. Compras e Logística.....	38
5.8. Farmácia.....	41
5.9. Formação e Desenvolvimento.....	43

5.10.	Contabilidade e Gestão Financeira	44
5.11.	Gestão de Utentes.....	47
5.12.	Informática e Comunicações.....	49
5.13.	Instalações e Equipamentos.....	51
5.14.	Recursos Humanos.....	53
5.15.	Qualidade	56

Ficha Técnica

Título

Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas

Elaboração

Serviço de Auditoria Interna

Versão

5.^a

Participação

Diretores, coordenadores e chefias dos diversos serviços de apoio à gestão, Responsável pelo Cumprimento Normativo e Conselho de Administração

Contactos

Morada: Avenida Abade de Baçal

5301-852 Bragança

Telefone geral: 273 310 800

Correio eletrónico: secretariado.sede@ulsne.min-saude.pt

Página eletrónica: <https://www.ulsne.min-saude.pt/>

Glossário de siglas & acrónimos

Sigla/ Acrónimo	Significado
CA	Conselho de Administração
CMVM	Comissão do Mercado de Valores Mobiliários
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
GCI	Gabinete de Comunicação e Imagem
GJC	Gabinete Jurídico e Contencioso
GPC	Gabinete de Planeamento e Controlo
GQ	Gabinete da Qualidade
MENAC	Mecanismo Nacional Anticorrupção
OROC	Ordem dos Revisores Oficiais de Contas
PCN	Programa de Cumprimento Normativo
PPRGIC	Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas
RCN	Responsável pelo Cumprimento Normativo
RGPC	Regime Geral de Prevenção da Corrupção
SAGT	Serviço de Apoio Geral e Transporte
SAI	Serviço de Auditoria Interna
SCGF	Serviço de Contabilidade e Gestão Financeira
SCL	Serviço de Compras e Logística
SF	Serviços Farmacêuticos
SFD	Serviço de Formação e Desenvolvimento
SGU	Serviço de Gestão de Utentes
SIC	Serviço de Informática e Comunicações
SIE	Serviço de Instalações e Equipamentos
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SRH	Serviço de Recursos Humanos
SROC	Sociedade de Revisores Oficiais de Contas
ULS	Unidade Local de Saúde

2. Enquadramento

O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão constitui-se como um instrumento de nível elementar, de suporte ao planeamento estratégico, ao processo de tomada de decisão e ao planeamento e execução das atividades operacionais e instrumentais da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E., doravante designada de ULS do Nordeste.

Cientes da importância do Plano enquanto instrumento de prevenção e de gestão de riscos, a ULS do Nordeste procedeu no decorrer de 2022 à reformulação do anterior Plano de Gestão de Riscos, datado de 2015, cuja denominação foi alterada para “*Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas*”, cumprindo assim, para lá das disposições legalmente enquadáveis, com o previsto na recomendação n.º 3/2015, publicada em Diário da República n.º 132, Série II de 2015-07-09, do CPC, no sentido de todas as Entidades abrangidas reformulassem os respetivos Planos de Gestão de Riscos, alargando assim o âmbito de aplicação a toda a organização e atividade propícia ao surgimento de riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas.

O CPC, criado através da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, funcionou junto do Tribunal de Contas como uma entidade administrativa independente, desenvolvendo atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

Por sua vez, na sequência da aprovação da Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024, aprovada nos termos da Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2021 de 6 de Abril, foi criado o MENAC e estabelecido o RGPC, nos termos do Decreto-lei n.º 109-E/2021, de 9 dezembro, sendo identificado o plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas como um dos principais instrumentos de prevenção.

Na sequência da instalação definitiva do MENAC, através da Portaria n.º 155-B/2023, de 6 de junho, o CPC cessou as respetivas funções.

O respetivo regime jurídico entrou em vigor no dia 7 de junho de 2022, introduzindo alterações relevantes no âmbito da execução dos Planos, entre elas se destaca a necessidade de implementação de um PCN, devendo para tal ser nomeado um RCN, constituído por um plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas, um código de conduta, um programa de formação e um canal de denúncias, a fim de prevenir, detetar e sancionar atos de corrupção e infrações conexas, levados a cabo contra ou através da Entidade. Ainda sobre o respetivo diploma legal, o plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas deve abranger toda a organização e atividade, incluindo áreas de administração, de direção, operacionais ou de suporte, contendo a identificação, análise e classificação dos riscos e das situações que possam expor a entidade a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo aqueles associados ao exercício de funções pelos titulares dos órgãos de administração e direção, considerando a realidade do setor e as áreas geográficas em que a entidade atua, e

ainda as medidas preventivas e corretivas que permitam reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos e situações identificados.

Nos termos do RGPC, conforme definido no número 5, artigo 6.º, o Plano de Prevenção de Riscos deverá ser revisto a cada três (3) anos ou sempre que se opere uma alteração nas atribuições ou na estrutura orgânica da Entidade que justifique a revisão.

Tendo em consideração o referido enquadramento legal e, sobretudo, as competências incumbidas ao SAI, nos termos do artigo 86.º, dos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, constantes do capítulo IV do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprovou o Estatuto do SNS, a quem pertence, em especial, a responsabilidade pela elaboração do plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas, assim como, o respetivo relatório anual de execução, foi elaborada a presente revisão do Plano de Prevenção de Riscos, de acordo com as normas e padrões internacionais para a prática de auditoria interna, nomeadamente na área do risco e da gestão de riscos, num alinhamento com as diretrizes estratégias definidas pelo CA.

O presente instrumento assume assim um papel fundamental enquanto instrumento de gestão e de prevenção de riscos, no sentido de reforçar uma cultura organizacional promotora de boas práticas de gestão e de bom governo, pautada pelos princípios do rigor, do zelo e da transparência, promovendo a participação e comprometimento ético de todos os colaboradores e dirigentes, fortalecendo assim as relações de confiança e de credibilidade da Instituição.

3. Caracterização da Instituição

A ULS do Nordeste é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, de capitais exclusivamente detidos pelo Estado, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial e do artigo 18.º do anexo da Lei n.º 27/2022, de 8 de novembro.

Foi criada através do 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, onde atualmente integra três (3) Unidades Hospitalares e catorze (14) Centros de Saúde, que servem a população da região do nordeste transmontano.

Rege-se, sobretudo, pelos respetivos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, constantes do capítulo IV do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprovou o Estatuto do SNS, por todas as normas em vigor aplicadas ao setor e por todas as outras que, por força da sua natureza jurídica, lhe sejam aplicáveis.

Na área clínica atua ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares, Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos, Cuidados Continuados e Saúde Pública, com o objetivo estratégico assente 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.

3.1. Missão e Atribuições

A ULS do Nordeste tem como missão a prestação de 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 o utente/doente verdadeiramente no centro da atividade.

3.3. Objeto

A ULS do Nordeste pauta a sua atividade pela prossecução dos seguintes objetivos:

- A prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, designadamente aos beneficiários do SNS 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 SNS;
- Assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica 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;

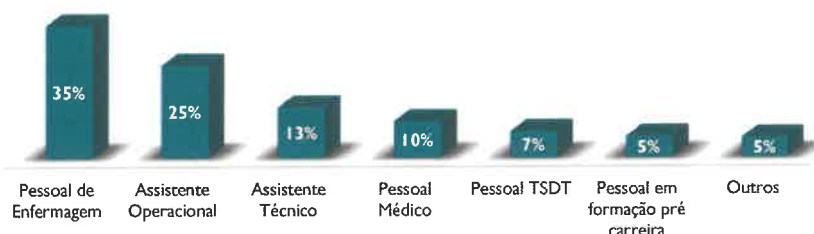
- **Compromisso com o Cidadão** - identificar e satisfazer as necessidades de cuidados dos utentes, com correção, benevolência e humanismo, proporcionando um serviço com alto padrão de qualidade e profissionalismo;
- **Humanização** - estimular o contínuo crescimento profissional e pessoal, trabalhando 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.

Os colaboradores da ULS do Nordeste devem ainda aderir a elevados padrões de ética profissional, pautando a sua atuação pela lealdade para com a Instituição e pela dedicação ao utente, de forma transparente, honesta, digna, zelosa, independente, isenta e eficiente, evitando situações suscetíveis de originar conflito de interesses.

3.5. Recursos Humanos

No final de junho de 2024 registou-se um total de 2.096 colaboradores com vínculo com a ULS do Nordeste, distribuídos pelos seguintes grupos profissionais.

Colaboradores por grupo profissional



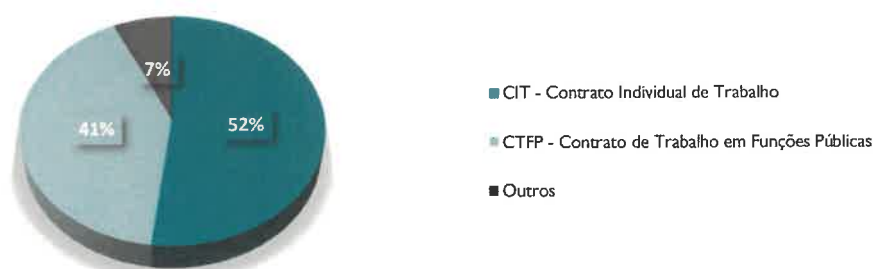
Fonte: RHV

Em termos de representatividade, verifica-se que o grupo profissional mais predominante do quadro de pessoal da ULS do Nordeste é relativo ao Pessoal de Enfermagem, representando 35% da força de trabalho da Instituição, seguindo-se o grupo profissional Assistentes Operacionais com 25%. Os respetivos 2 grupos profissionais perfazem um total de 60% do total de Recursos Humanos da Entidade.

Relativamente ao grupo profissional “outros”, que representa 5% do total de colaboradores da ULS do Nordeste, é constituído por pessoal técnico superior, técnico superior de saúde, pessoal dirigente, pessoal de informática, pessoal farmacêutico, entre outros.

Por sua vez, em termos de relação jurídica de emprego, verifica-se, no final do primeiro semestre de 2024, que a maioria dos colaboradores da ULS do Nordeste celebrou um Contrato Individual de Trabalho com a Instituição, mais precisamente 52%, seguido dos colaboradores com Contratos de Trabalho em Funções Públicas (41%).

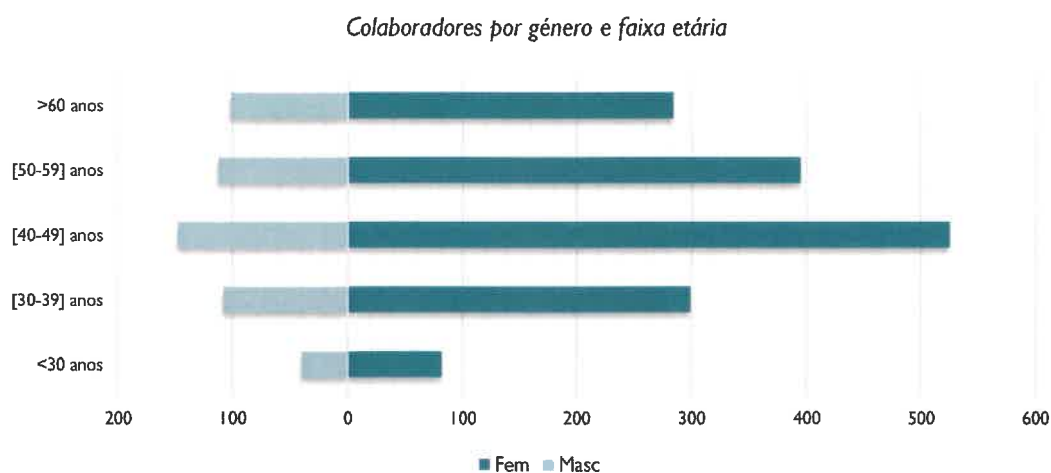
Relação jurídica de emprego dos colaboradores



Fonte: RHV

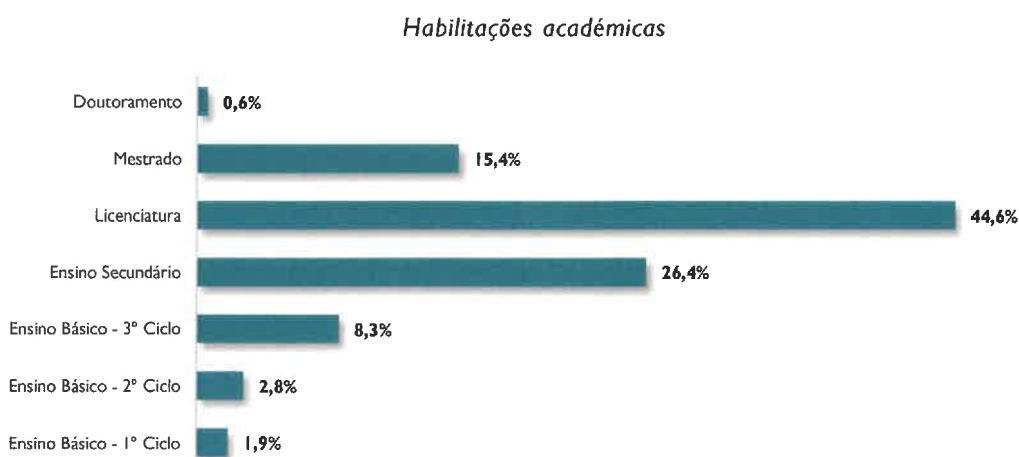
Relativamente à tipologia “outros”, que corresponde a 7% do total de vínculos, é composta por Contratos de Trabalho em Funções Públicas a Termos Resolutivo, Cedências de Interesse Público, Mobilidades Internas e Comissões de Serviço.

Relativamente à caracterização dos Recursos Humanos da ULS do Nordeste, verifica-se, em junho de 2024, que a taxa de feminização situa-se nos 75,6% (pessoal do género feminino) e com um nível médio etário total de 48 anos.



Fonte: RHV

Por fim, verificou-se ainda, no âmbito das habilitações académicas, que cerca de 60,6% dos colaboradores da ULS do Nordeste possuem qualificações académicas de nível superior (Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura).



3.6. Órgãos Sociais

Nos termos do disposto no artigo 68.º dos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, constantes do capítulo IV do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, são Órgãos da ULS do Nordeste o CA, o Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas e o Conselho Consultivo.

- **Conselho de Administração:** O atual CA, nomeado através do Despacho n.º 9135/2023, de 6 de setembro, da Direção Executiva do SNS, para um mandato de três anos, é constituído por Carlos Alberto Vaz (Presidente do CA), Duarte da Silva Soares (Diretor Clínico da área de cuidados de saúde hospitalares), Filipa Sofia Guedes Faria (Diretora Clínica da área de cuidados de saúde primários), Paulo José Castro Rogão (Vogal Executivo com o pelouro financeiro), Urbano José Castilho Rodrigues (Enfermeiro Diretor) e Sandra Cristina Mendo Moura (Vogal Executiva indicada pela Comunidade Intermunicipal das Terras de Trás-os-Montes).
- **Órgão de Fiscalização:** Foi nomeado através do Despacho Conjunto dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, de 22 de Dezembro de 2017, Conselho Fiscal da ULS do Nordeste, tendo sido designado como Presidente Júlio Paulo da Silva Martins, Erika Ferreira Laranjeira como Vogal, Helena Cristina dos Santos Tomé como Vogal e Fernando Martins da Silva como Vogal Suplente.

Por sua vez, foi nomeado, através de despacho conjunto de 28 de fevereiro de 2018 dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, como Revisor Oficial de Contas da ULS do Nordeste, 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.

A nomeação do Conselho Fiscal e do Revisor Oficial de Contas foi realizada por um período de três anos, renovável por uma única vez.

Cessando os mandatos do órgão de fiscalização, o Conselho Fiscal e o Revisor Oficial de Contas, mantém-se em exercício de funções até à designação de novos ou até à declaração ministerial de cessação de funções.

- **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 16.º, 17.º e 18.º do Regulamento Interno da ULS do Nordeste, contudo, à data da elaboração do presente Plano, o Conselho Consultivo da ULS do Nordeste não se encontra constituído.

3.7. Estrutura

A ULS do Nordeste constitui uma entidade pública empresarial de capitais exclusivamente detidos pelo Estado e integrada no SNS, 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.

3.9. Sistema de Controlo Interno

Na ULS do Nordeste o sistema de controlo interno compreende um conjunto de estratégias, políticas, processos, regras, procedimentos e boas práticas, estabelecidas pelos responsáveis, que contribuem para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente, 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; | • Regulamentos, planos, políticas e procedimentos internos; |
| • Responsável pelo Cumprimento Normativo; | • Manuais de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos; |
| • Sistema de Comunicação de Irregularidades; | • Serviço de Auditoria Interna; |
| • Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas; | • Gabinete da Qualidade; |
| • Código de Conduta Ética; | • Encarregado de Proteção de Dados; |
| | • Conselho Fiscal; |
| | • Revisor Oficial de Contas. |

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 CA, assumindo-se na agregação de medidas gerais e transversais a toda a Instituição em matérias de identificação, prevenção e mitigação de riscos.

Para efeitos de avaliação da respetiva adequação e eficácia, a ULS do Nordeste promove o acompanhamento regular da implementação do sistema de controlo interno, designadamente através da realização de auditorias aleatórias, reportando superiormente os seus resultados e eventuais condicionantes, e implementam as necessárias medidas corretivas ou de aperfeiçoamento.

4. Gestão de Riscos

4.1. 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, importa clarificar alguns conceitos, nomeadamente as noções de Risco, tais como, Riscos de Corrupção, Riscos de Infrações Conexas, Riscos de Fraude e Riscos de Conflitos de Interesses.

- **Risco** - O risco pode ser considerado como um acontecimento que, no caso do mesmo ocorrer, terá um impacto negativo na concretização da missão e dos objetivos da Organização;
- **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 como 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 de gestão 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 também 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 prontamente através dos canais de comunicação previstos no regulamento de comunicação de irregularidades da Instituição.

4.2. Funções e Responsabilidades

É importante garantir que todos os intervenientes tenham conhecimento do presente Plano, uma vez que o mesmo aplica-se a todos os colaboradores da ULS do Nordeste, independentemente da relação jurídica ou forma de prestação de serviço, devendo alinhar o desenvolvimento das suas funções e atividades com as medidas de prevenção e controlo definidas para a respetiva área de trabalho.

Importa ainda garantir que cada interveniente tenha conhecimento da sua função e cumpra com as responsabilidades que lhe são cometidas, designadamente:

- **Conselho de Administração:** 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, coordenadores e chefias dos serviços:** São os responsáveis pela organização, aplicação e acompanhamento do PPRGCIC. Tem a responsabilidade operacional na identificação de situações de risco associadas às principais atividades ou funções desenvolvidas na respetiva área de atuação, na classificação dos riscos em função da probabilidade de ocorrência e do impacto previsto, na identificação das medidas de prevenção e controlo necessárias e no acompanhamento da implementação do Plano. Dentro das suas competências, devem comunicar ao CA qualquer situação de risco que identifiquem com maior gravidade, garantir a eficácia das medidas de controlo e prevenção do risco na sua esfera de atuação e sensibilizar os restantes colaboradores sobre a existência de riscos nos respetivos serviços. Tem ainda a responsabilidade de disponibilizar periodicamente informação ao SAI para efeitos de monitorização das ações de prevenção e controlo.
- **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 e prevenção existentes. Podem ainda utilizar o formulário disponibilizado na página da intranet para comunicar qualquer fator potencial de risco de gestão 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 Relatórios de execução. Apoia o CA na consolidação da revisão e atualização do Plano, sugerindo igualmente alterações à sua forma ou conteúdo. Reporta ao CA situações de risco que decorrem da avaliação do sistema de controlo interno.
- **Responsável pelo Cumprimento Normativo:** Participa na definição do PPRGCIC, emitindo parecer prévio sobre o mesmo e zelando pela contínua adequação, suficiência e atualização. Assegura ainda a concentração de toda a informação que diga respeito à construção, implementação e revisão dos programas de prevenção ou gestão de riscos, incluindo as denúncias de práticas desconformes ao plano.

4.3. Metodologia

O desenvolvimento do presente Plano teve em consideração os normativos legais aplicáveis, bem como, as normas e padrões internacionais para a prática de auditoria interna, mais concretamente na área do risco e gestão de riscos. De forma sucinta, para a reformulação do presente Plano foi adotada a seguinte metodologia:



- i. **Preparação:** O RCN preparou e disponibilizou a todos os dirigentes, coordenadores e responsáveis, nomeadamente das áreas de apoio à gestão e logística, o *template* das matrizes de gestão de riscos da ULS do Nordeste para identificação, atualização e preenchimento;
- ii. **Identificação:** Todos os responsáveis procederam à enumeração das principais atividades desenvolvidas e potenciadoras de riscos de gestão, incluindo riscos de corrupção e infrações conexas, nas respetivas áreas de atuação, onde identificaram, avaliaram e classificaram os riscos em função da probabilidade de ocorrência e do impacto previsto (escala compreendida entre 1 - Baixo, 2 - Moderado e 3 - Elevado). Procederam ainda à identificação das ações de prevenção e controlo necessárias, no sentido de mitigar a probabilidade de ocorrência das situações de risco identificadas, assim como, o impacto previsto;
- iii. **Elaboração:** O SAI rececionou as matrizes das diversas áreas identificadas, tendo analisado e consolidado a informação numa única matriz. Foi ainda promovida a realização de diversas ações de trabalho no sentido de harmonizar e integrar os contributos rececionados. Por fim, procedeu à atualização do respetivo PPRGCIC e submeteu à aprovação do CA;
- iv. **Divulgação:** O CA apreciou o Plano em sede de reunião e promoveu a respetiva divulgação interna, via plataforma informática *intranet*, e externa, via página eletrónica da Instituição. Por fim, promoveu o envio do Plano à Tutela, aos serviços de inspeção da respetiva área governativa, bem como ao MENAC, para conhecimento.

4.4. Avaliação do Risco

No que respeita à avaliação dos riscos identificados, devem ser classificados de acordo com a combinação da probabilidade de ocorrência (possibilidade da materialização do risco) e a gravidade do impacto previsto (efeito da materialização do risco), de forma a determinar os processos de gestão a que devem ser sujeitos, numa escala compreendida entre 1 e 3, onde 1 corresponde a baixa probabilidade/impacto, 2 moderada probabilidade/impacto e 3 elevada probabilidade/impacto.

Resultante da combinação entre critérios, os riscos são classificados através de uma graduação compreendida entre cinco níveis, designadamente, “*Mínimo*”, “*Baixo*”, “*Moderado*”, “*Elevado*” e “*Máximo*”, conforme previsto na matriz de avaliação do risco que se apresenta:

		Impacto Previsto			
		+	1	2	3
Probabilidade de Ocorrência	1	Mínimo (2) Baixo impacto; Baixa probabilidade	Baixo (3) Moderado impacto; Baixa probabilidade	Moderado (4) Elevado impacto; Baixa probabilidade	
	2	Baixo (3) Baixo impacto; Moderada probabilidade	Moderado (4) Moderado impacto; Moderada probabilidade	Elevado (5) Elevado impacto; Moderada probabilidade	
	3	Moderado (4) Baixo impacto; Elevada probabilidade	Elevado (5) Moderado impacto; Elevada probabilidade	Máximo (6) Elevado impacto; Elevada probabilidade	

No seguimento da classificação dos riscos, devem ser objeto de especial atenção e prioritária, no sentido de desenvolvimento de medidas de prevenção e controlo que possam mitigar a sua ocorrência e o impacto gerado, as situações que apresentam um nível “*Máximo*” e “*Elevado*”, seguido das situações que apresentam um nível “*Moderado*”, e, por fim, as situações que apresentam um nível “*Baixo*” e “*Mínimo*”.

Ainda sobre o resultado da classificação dos riscos, em especial as situações que apresentam um nível “*Máximo*”, é exigida a execução de uma ação imediata e prioritária no sentido de atenuar os efeitos da probabilidade de ocorrência e/ou do impacto previsto.

4.5. Mitigação do Risco

Após a realização do processo de identificação dos riscos e da respetiva classificação, é fundamental decidir sobre o que fazer com essas situações. Nesse sentido, é importante classificar as ações necessárias para mitigação do risco, designadamente:

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

Na determinação das respostas acima mencionadas, convém 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

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

- Divulgação do PPRGCIC na *Intranet* e na página eletrónica da ULS do Nordeste;
- Submissão do Plano à Tutela, aos serviços de inspeção da respetiva área governativa, bem como ao MENAC;
- Elaboração de um Relatório de Execução Anual do PPRGCIC, no mês de abril do ano seguinte, contendo nomeadamente a quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas, bem como a previsão da plena implementação;
- Elaboração de um Relatório de Execução Intercalar do PPRGCIC, no mês de outubro, nas situações identificadas de risco de nível “Elevado” e “Máximo”.

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 medidas transversais 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 devem reger a sua atividade;
- Promoção de ações de trabalho conjuntas entre o SAI, RCN e os responsáveis das diversas unidades orgânicas da ULS do Nordeste, 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 SAI, cujos resultados e recomendações devem integrar o Relatório Anual de Execução a apresentar ao CA.

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:

- Órgão de Gestão, 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;
- Gabinete da Qualidade;

5.1. Órgão de Gestão, Dirigentes e Chefias

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Nível Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Responsável
Delegação de competências	Exercício de autoridade delegada indevido	Baixo	Elevado		Publicação na página eletrónica da ULS do Nordeste as delegações e subdelegações de competências atribuídos	CA e GCI
					Implementação de uma política/programa de formação e comunicação para a integridade de dirigentes e demais colaboradores da ULS DO NORDESTE, onde conste o esclarecimento inequívoco dos vários instrumentos da Instituição, nomeadamente, o Código de Conduta e Ética, o Plano de Prevenção de Riscos e o Canal de Denúncias/Comunicação de Irregularidades	CA, RCN e SFD
					Implementação de um canal independente e autónomo 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	CA e RCN
					Implementação e divulgação interna da política de sanções em caso de violação dos normativos legais	CA e SCI
Acumulação de funções	Exercício de atividade não autorizada ou sem formalização	Baixo	Elevado		Implementação de uma política/programa de formação e comunicação para a integridade de dirigentes e demais colaboradores da ULS DO NORDESTE, onde conste o esclarecimento inequívoco dos vários instrumentos da Instituição, nomeadamente, o Código de Conduta e Ética, o Plano de Prevenção de Riscos e o Canal de Denúncias/Comunicação de Irregularidades	CA, RCN e SFD
					Implementação de um canal independente e autónomo 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	CA e RCN
					Implementação e divulgação interna da política de sanções em caso de violação dos normativos legais	CA e GCI
	Comprometimento da isenção e imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas	Baixo	Elevado		Disponibilização e divulgação interna (p.ex. via intranet) de informação relativa à necessidade 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	CA e GCI
					Publicação na página eletrónica da ULS DO NORDESTE 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	CA e GCI
					Implementação de uma política/programa de formação e comunicação para a integridade de dirigentes e demais colaboradores da ULS DO NORDESTE, onde conste o esclarecimento inequívoco dos vários instrumentos da Instituição, nomeadamente, o Código de Conduta e Ética, o Plano de Prevenção de Riscos e o Canal de Denúncias/Comunicação de Irregularidades	CA, RCN e SFD
Relações de hierarquia	Assédio moral ou discriminação contra os colaboradores, por razões pessoais,	Baixo	Elevado		Implementação de um canal independente e autónomo 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	CA e RCN
					Implementação e divulgação interna da política de sanções em caso de violação dos normativos legais	CA e GCI
					Implementação e divulgação de um Código de Boa Conduta para a Prevenção e Combate ao Assédio no Trabalho	CA e GCI
					Implementação e divulgação interna da política de sanções em caso de violação dos normativos legais	CA e GCI

	sexuais, religiosas, ideológicas ou outras				Implementação de uma política/programa de formação e comunicação para a integridade de dirigentes e demais colaboradores da ULS DO NORDESTE, onde conste o esclarecimento inequívoco dos vários instrumentos da Instituição, nomeadamente, o Código de Conduta e Ética, o Plano de Prevenção de Riscos e o Canal de Denúncias/Comunicação de Irregularidades	CA, RCN e SFD
					Implementação de um canal independente e autónomo 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	CA e RCN
	Atos de retaliação contra colaboradores que reportem atos de corrupção, de má conduta ou violação dos deveres profissionais	Baixo	Elevado		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	CA e SAI
					Implementação de uma política/programa de formação e comunicação para a integridade de dirigentes e demais colaboradores da ULS DO NORDESTE, onde conste o esclarecimento inequívoco dos vários instrumentos da Instituição, nomeadamente, o Código de Conduta e Ética, o Plano de Prevenção de Riscos e o Canal de Denúncias/Comunicação de Irregularidades	CA, RCN e SFD
					Implementação de um canal independente e autónomo 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	CA e RCN
					Implementação e divulgação interna da política de sanções em caso de violação dos normativos legais	CA
	Não deteção ou dissimulação de condutas corruptas de colaboradores	Baixo	Elevado		Implementação de uma política/programa de formação e comunicação para a integridade de dirigentes e demais colaboradores da ULS DO NORDESTE, onde conste o esclarecimento inequívoco dos vários instrumentos da Instituição, nomeadamente, o Código de Conduta e Ética, o Plano de Prevenção de Riscos e o Canal de Denúncias/Comunicação de Irregularidades	CA, RCN e SFD
					Implementação de um canal independente e autónomo 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	CA e RCN
					Implementação/ revisão do Regulamento de Comunicação de Irregularidades	CA e SAI
	Avaliações de desempenho irregulares	Baixo	Elevado		Existência de uma estrutura hierarquizada	CA
					Definição e publicação, via canais de comunicação interna, das interdependências hierárquicas	CA e GCI
					Existência de um conselho Coordenador da Avaliação, onde são validadas as respetivas avaliações, assim como, uma Comissão Paritária onde se encontram representados os vários grupos profissionais	CA
					Promoção de ações de formação junto das chefias e dirigentes, relativamente à comunicação, motivação, gestão e liderança de pessoas	CA e SFD
Conflito de interesses	Tratamento privilegiado de pessoas ou processos; Favorecimento/ Prejuízo de concorrentes, fornecedores ou pessoas (devido a conflitos de interesses) na tramitação de	Baixo	Elevado		Publicação na página da internet da ULS DO NORDESTE 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	CA e GCI
					Implementação de uma política/programa de formação e comunicação para a integridade de dirigentes e demais colaboradores da ULS DO NORDESTE, onde conste o esclarecimento inequívoco dos vários instrumentos da Instituição, nomeadamente, o Código de Conduta e Ética, o Plano de Prevenção de Riscos e o Canal de Denúncias/Comunicação de Irregularidades	CA, RCN e SFD

	processos, na tomada de decisão ou na execução de contratos				Implementação de um canal independente e autónomo 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	CA e RCN
					Implementação e divulgação interna da política de sanções em caso de violação dos normativos legais	CA e GCI
					Identificação e registo das situações de impedimento dos membros de júri de procedimentos	CA, SRH e SCL
					Estrutura hierarquizada com vários níveis de decisão	CA
					Promover a tomada de decisão de grupo, composto por vários membros com representações diversas	CA
Sigilo profissional	Fornecimento de informação não autorizado a terceiros, com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais	Baixo	Elevado		Implementação de uma política/programa de formação e comunicação para a integridade de dirigentes e demais colaboradores da ULS DO NORDESTE, onde conste o esclarecimento inequívoco dos vários instrumentos da Instituição, nomeadamente, o Código de Conduta e Ética, o Plano de Prevenção de Riscos e o Canal de Denúncias/Comunicação de Irregularidades	CA, RCN e SFD
					Implementação de um canal independente e autónomo 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	CA e RCN
					Implementação e divulgação interna da política de sanções em caso de violação dos normativos legais	CA e GCI
					Acesso à informação presente nos sistemas informáticos através de um processo de autenticação individual (perfil de acesso), criado em função da categoria profissional	SIC
					Implementação de um "processo individual digital" do colaborador, onde se encontrem previstos os vários perfis de acesso dos diversos sistemas de informação da ULS DO NORDESTE	CA e SIC
					Avaliação quanto aos níveis de segurança e controlo de acesso aos arquivos/registos	SIC
Igualdade	Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade	Baixo	Elevado		Implementação de uma política/programa de formação e comunicação para a integridade de dirigentes e demais colaboradores da ULS DO NORDESTE, onde conste o esclarecimento inequívoco dos vários instrumentos da Instituição, nomeadamente, o Código de Conduta e Ética, o Plano de Prevenção de Riscos e o Canal de Denúncias/Comunicação de Irregularidades	CA, RCN e SFD
					Implementação de um canal independente e autónomo 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	CA e RCN
					Rotatividade do pessoal, mediante recursos humanos disponíveis	CA
					Promover a tomada de decisão de grupo, composto por vários membros com representações diversas	CA

5.2. Comunicação e Imagem

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Nível Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Responsável
Comunicação Interna	Divulgação de informação não validada pelo CA	Baixo	Moderado		Elaboração, divulgação e monitorização da Estratégia de Comunicação	GCI
					Estrutura hierarquizada de decisão, com consequente análise em diferentes níveis	GCI
	Existência de falhas na comunicação interna organizacional	Moderado	Moderado		Elaboração, divulgação e monitorização da Estratégia de Comunicação	GCI
Comunicação Externa	Prestação de informações ao exterior sem o conhecimento/ aprovação do CA	Baixo	Moderado		Atualização, divulgação e monitorização do procedimento relativo à prestação de informação institucional à Imprensa, o qual prevê autorização superior prévia	GCI
					Elaboração e divulgação de um procedimento que salgarde a prestação de informações preferencialmente por escrito, após autorização do CA	GCI
	Existência de falhas na comunicação externa organizacional	Moderado	Moderado		Elaboração, divulgação e monitorização da Estratégia de Comunicação	GCI
Gestão da página eletrónica e redes sociais	Falhas na atualização de informação institucional disponibilizada no portal Web da Instituição	Moderado	Moderado		Elaboração, divulgação e monitorização de um procedimento relativo à atualização de conteúdos no portal Web	GCI
	Interações negativas à imagem da Instituição por parte dos utilizadores	Moderado	Moderado		Elaboração, divulgação e monitorização de um procedimento relativo à gestão de redes sociais institucionais	GCI
	Criação de redes sociais alternativas associadas à instituição por serviços/colaboradores	Moderado	Moderado		Elaboração, divulgação e monitorização de um procedimento relativo à gestão de redes sociais institucionais	GCI
Imagem	Deterioração/ ineficiente promoção da imagem da Instituição	Moderado	Moderado		Elaboração, divulgação e monitorização da Estratégia de Comunicação	GCI
					Garantir que os portais Web e a de intranet da ULS do Nordeste são espaços informativos, formativos, dinâmicos, interativos e atualizados	GCI
					Promover a utilização uniforme de modelos de documentos institucionais ou outros instrumentos de promoção da Instituição	GCI
	Elaboração aleatória de materiais informativos institucionais e não cumprimento das regras de imagem institucional (ex.: uso incorreto do logótipo, entre outros)	Moderado	Baixo		Elaboração e divulgação do manual de identidade gráfica	GCI
					Disponibilização e divulgação de templates e do manual de apoio à elaboração de materiais informativos institucionais	GCI
					Atualização e divulgação de um procedimento relativo à elaboração de materiais informativos	GCI
	Sinalética interior e exterior que não cumpre os requisitos da imagem institucional	Moderado	Baixo		Disponibilização do manual de identidade gráfica, promovendo a monitorização do seu cumprimento	GCI
	Recolha indevida, por colaboradores ou elementos externos, de imagens fotográficas e/ou vídeo	Moderado	Moderado		Atualização do procedimento normativo referente à recolha interna autorizada de imagens	GCI

	nas instalações da ULSNE					
<i>Gestão de crise</i>	Ocorrência de facto interno causador de dano/ prejudicial à imagem externa e interna da instituição	Moderado	Elevado		Elaboração da Estratégia de Gestão de Crise Reputacional	GCI

5.3. Jurídico e Contencioso

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Nível Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Responsável
Contencioso	Incapacidade de produção de respostas/informação atempadas	Baixo	Elevado		Implementação de indicadores de desempenho, com recurso a processos de monitorização e controlo de prazos e falhas, no sentido de monitorizar e atuar conforme desvios detetados	GJC
	Parcialidade/favorecimento nos pareceres jurídicos	Baixo	Elevado		Definição e atribuição de responsabilidades dos envolvidos, salvaguardando uma adequada segregação de funções	GPC
					Controlo e monitorização dos pareceres e informações	GJC
					Apreciação e validação conjunta, potenciando o espírito de equipa e partilha de informação e experiência	GJC
					Estrutura hierarquizada de decisão, com consequente análise em diferentes níveis	GJC
Jurídico - Processos de inquérito e/ou disciplinares	Incumprimento da tramitação processual	Baixo	Elevado		Implementação de procedimento interno, que garanta a articulação de todos os departamentos, serviços e unidades, no sentido de colaborarem com o Gabinete Jurídico e Contencioso, nomeadamente através de envio de toda a documentação solicitada dentro do prazo	GJC
	Parcialidade/favorecimento nos pareceres jurídicos	Baixo	Elevado		Controlo e monitorização dos pareceres e informações	GJC
					Apreciação e validação conjunta, potenciando o espírito de equipa e partilha de informação e experiência	GJC
					Estrutura hierarquizada de decisão, com consequente análise em diferentes níveis	GJC
	Produção de informação não fidedigna, adequada ou oportuna	Baixo	Elevado		Acesso a informação científica atualizada	GJC
					Aquisição/atualização de competências e formação necessárias ao desenvolvimento das ações incumbidas	GJC
					Definição e atribuição de responsabilidades aos envolvidos nos processos, salvaguardando uma adequada segregação de funções	GJC
	Adulteração, destruição, inutilização ou alteração de dados, registos ou documentos, dificultando ou impossibilitando a produção de análises corretas	Baixo	Elevado		Definição de atribuições e responsabilidades, salvaguardando uma adequada segregação de funções	GJC
	Ausência dos notificados	Baixo	Moderado		Convocação atempada dos visados	GJC
	Violação do dever de imparcialidade e isenção	Baixo	Elevado		Sensibilização interna quanto aos princípios base da atividade	GJC
	Utilização indevida de informação confidencial	Baixo	Elevado		Sensibilização interna para o arquivo documental	GJC
					Sensibilização interna quanto aos princípios base da atividade	GJC
Processos em tribunal	Incumprimento de prazos de respostas	Baixo	Elevado		Implementação de indicadores de desempenho, com recurso a processos de monitorização e controlo de prazos e falhas, no sentido de monitorizar e atuar conforme desvios detetados	GJC
	Parcialidade/favorecimento nos pareceres jurídicos	Baixo	Elevado		Controlo e monitorização dos pareceres e informações	GJC
					Apreciação e validação conjunta, potenciando o espírito de equipa e partilha de informação e experiência	GJC
					Estrutura hierarquizada de decisão, com consequente análise em diferentes níveis	GJC

Utilização indevida de
informação
confidencial

Baixo

Elevado



Sensibilização interna quanto aos princípios base da
atividade

GJC

5.4. Planeamento e Controlo

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Nível Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Responsável
Planeamento e Controlo	Incapacidade de produção de respostas/informações adequadas, fidedignas, oportunas e/ou atempadas (dentro dos prazos definidos)	Baixo	Elevado		Aquisição/atualização de competências e formação necessárias ao desenvolvimento das ações incumbidas	GPC
					Implementação de indicadores de desempenho, com recurso a processos de monitorização e controlo de prazos e falhas, no sentido de monitorizar e atuar conforme desvios detetados	GPC
					Elaboração/revisão do regulamento do serviço, composto pelo organograma do serviço, a identificação das áreas/secções de atividade que cada colaborador é responsável, assim como, um manual de procedimentos e mecanismos de controlo e supervisão que minimizem a probabilidade de ocorrência de riscos	GPC
					Definição de atribuições e responsabilidades, salvaguardando uma adequada segregação de funções	GPC
	Adulteração ou alteração de dados, registos ou informações, dificultando ou impossibilitando a produção de análises corretas	Baixo	Elevado		Apreciação e validação conjunta, potenciando o espírito de equipa e partilha de informação e experiência	GPC
					Sensibilização interna quanto aos princípios de conduta e ética da atividade	GPC
					Estrutura hierarquizada de decisão, com consequente análise em diferentes níveis	GPC
					Implementação de indicadores de desempenho, com recurso a processos de monitorização e controlo de prazos e falhas, no sentido de monitorizar e atuar conforme desvios detetados	GPC
	Utilização indevida de informação confidencial; Fornecimento de informação não autorizado a terceiros, com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais	Baixo	Elevado		Sensibilização interna quanto aos princípios de conduta e ética da atividade	GPC
					Rotatividade de tarefas entre colaboradores	GPC
					Estrutura hierarquizada de decisão, com consequente análise em diferentes níveis	GPC
	Incumprimento do Contrato-programa devido a: - Desalinhamento entre os objetivos estratégicos e as metas contratualizadas; - Metas e objetivos desajustados; - Ineficiente consolidação das metas; - Não deteção dos desvios face às metas contratualizadas; - Afetação de recursos desajustada.	Moderado	Elevado		Participação no processo de contratualização interna e externa	GPC
					Elaboração oportuna de um Plano de Atividades, onde contemple, essencialmente, a produção, indicadores de desempenho, recursos físicos e humanos, recursos económico-financeiros e necessidades de investimento, por Serviço	GPC
					Acompanhamento do Contrato-programa, através da monitorização periódica (mensal) dos indicadores de produção, com submissão dos resultados, e eventuais desvios face ao contratualizado, ao CA e Responsáveis de Serviço	GPC
					Implementação de indicadores de desempenho, com recurso a processos de monitorização e controlo de prazos e falhas, no sentido de monitorizar e atuar conforme desvios detetados	GPC
	Produção realizada sem qualquer registo informático/ incorretamente registada/ não registada em tempo útil	Moderado	Elevado		Promoção de reuniões multidisciplinares entre as áreas do planeamento, admissão de doentes, faturação, informática e codificação clínica, no sentido de rastrear e mitigar a eventualidade destas situações	GPC
					Manutenção de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividade/produção	GPC

					Alargar o âmbito de cruzamento de informação entre os diversos aplicativos	GPC
	Não aproveitamento das oportunidades de investimento no âmbito de programas de financiamento comunitário	Moderado	Moderado	●	Avaliação e acompanhamento contínuo das oportunidades externas, nomeadamente, no âmbito de programas comunitários passíveis de enquadramento com as intenções de investimento	GPC
	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	GPC
Projetos de investimento	Incumprimento dos prazos de execução/ subaproveitamento das verbas disponíveis	Moderado	Elevado	●	Identificação dos responsáveis pela execução de cada tarefa associada ao projeto	GPC
					Comunicação atempada dos projetos de investimento alvo de financiamento ao Serviço de Compras e Logística e Serviço de Gestão Financeira	GPC
					Implementação de procedimentos internos de monitorização e acompanhamento dos projetos de investimento, com reporte periódico ao CA, no sentido de garantir um controlo rigoroso do progresso, designadamente em termos de execução financeira e temporal	GPC
	Inconformidades com as regras de publicidade, relativamente aos projetos de investimento com financiamento comunitário	Baixo	Moderado	●	Implementação de procedimentos de controlo, com suporte nos sistemas de informação, com base em checklist's de verificação	GPC

5.5. Apoio Geral e Transportes

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Nível Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Responsável
<i>Limpeza e higienização; Segurança e Vigilância; Gestão de Resíduos; Gestão de Roupa; Desinfestação/ Controlo de Pragas</i>	Caderno de encargos sem as especificações técnicas necessárias para a prestação dos respetivos serviços	Baixo	Moderado	●	Definição de forma clara e precisa das cláusulas técnicas nos cadernos de encargos	SAGT
	Alteração dos recursos disponibilizados pelo prestador de serviços, de forma a aumentar a rentabilidade do contrato	Baixo	Moderado	●	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.)	SAGT
					Supervisão multidisciplinar para verificação do desempenho dos serviços prestados	SAGT
					Sistema de validação de faturação que garanta o cumprimento das cláusulas previstas no contrato de prestação de serviços	SAGT
	Desempenho insuficiente dos recursos, colocando em causa a qualidade do serviço prestado	Moderado	Moderado	●	Supervisão multidisciplinar para verificação do desempenho dos serviços prestados	SAGT
					Elaboração de um relatório anual, onde contemple, entre outros, análises de satisfação do utente, dos colaboradores, reclamações e resultados de auditorias às áreas dos serviços prestados	SAGT
	Ineficiente gestão de recolha de resíduos (p.ex. contentores com resíduos indevidos/ com pesos abaixo do recomendado)	Baixo	Moderado	●	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)	SAGT
					Implementação de um sistema de controlo de peso de contentores	SAGT
	Alteração do número de intervenções programadas de desinfecção e controlo de pragas, de forma a aumentar a rentabilidade do contrato	Baixo	Moderado	●	Todas as intervenções são acompanhadas/ monitorizadas pelo Serviço de Apoio Geral e Transportes	SAGT
	A faturação pode aumentar em função do peso da roupa/ número de peças fardamento limpa	Baixo	Moderado	●	Em geral, a roupa limpa é pesada e conferida antes de ser disponibilizada aos serviços utilizadores	SAGT
					Implementação de um sistema de controlo por radiofrequência (RFID)	CA
	Roupa danificada pela ULS do Nordeste	Baixo	Baixo	●	Sempre que é verificada a situação, a roupa danificada é devolvida ao prestador de serviço	SAGT
Central Telefónica	Utilização de fardamento disponibilizado fora das instalações da ULS do Nordeste	Moderado	Moderado	●	Implementação da identificação do fardamento através de RFID, que permita rastrear o circuito de todo o fardamento	CA
	Desaparecimento de roupa/ fardamento hospitalar	Elevado	Moderado	●	Implementação de medidas de autoinspeção, no sentido de acautelar possíveis saídas de têxteis das instalações da ULS do Nordeste (ex: RFID)	CA
	Inexistência de normas ou procedimentos internos redigidos, atualizados e divulgados	Baixo	Moderado	●	Implementação/ revisão e divulgação dos procedimentos de qualidade	SAGT
	Inexistência de um manual de procedimentos	Baixo	Moderado	●	Elaboração/revisão de um procedimento interno destinado ao atendimento telefónico da ULS DO NORDESTE	SAGT

	aprovado e divulgado internamente					
	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"	SFD e SAGT SAGT SAI e SAGT
	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 Fornecer outro meio de resolução do pedido, através do correio eletrónico consultas@ULS do Nordeste.min-saude.pt	CA SAGT SAGT SAGT
	Não atendimento, devido ao elevado volume de chamadas	Elevado	Baixo	●	Elaboração de um relatório anual composto por análises de satisfação do utente, dos colaboradores, reclamações e resultados de auditorias à área das telefonistas Elaboração de procedimentos de monitorização, com indicadores globais e individuais	SAGT SAGT
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	CA SAGT
	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.	SAGT
	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	SAGT
	Dotação e distribuição ineficiente de recursos (humanos) do Serviço, para o desenvolvimento das atividades	Baixo	Moderado	●	Proceder a uma afetação eficiente dos Recursos, pelas diferentes áreas de atividade Proceder à redistribuição de tarefas atribuídas de acordo com as prioridades estabelecidas para as diferentes áreas de atividades	SAGT SAGT

5.6. Auditoria Interna

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Nível Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Responsável
Sistema de comunicação de irregularidades	Situações irregulares ocorridas não comunicadas/ comunicadas através de canais diferentes dos previstos, não havendo assim garantia de confidencialidade	Moderado	Elevado	●	Implementação/atualização do Regulamento de Comunicação de Irregularidades, promovendo ainda a sua divulgação quer internamente, quer externamente Divulgação interna dos canais de comunicação de irregularidades, designadamente num lugar bem visível e com destaque (página principal da intranet)	SAI, GCI, CA
	Denúncias/comunicações de irregularidades não recebidas ou recebidas por pessoas indevidas, colocando em causa a garantia da confidencialidade	Baixo	Elevado	●	Sensibilização e articulação no sentido de implementação de uma política/programa de formação e comunicação para a integridade de dirigentes e demais colaboradores da ULS DO NORDESTE, onde conste o esclarecimento inequívoco dos vários instrumentos da Instituição, nomeadamente, o Código de Conduta e Ética, o Plano de Prevenção de Riscos e os Canais de Comunicação de Irregularidades	CA
Sistema de Gestão de Riscos	Ineficaz/ desatualizado Sistema de Gestão de Riscos	Moderado	Moderado	●	Implementação de canais de comunicação de irregularidades independentes e autónomos dos demais canais de comunicação, que permitam receber e dar seguimento às denúncias previstas no RGPC e no RGPDI, a fim de garantir a exaustividade, a integridade e a confidencialidade da denúncia, e ainda, garantir a sua conservação, impedindo o acesso de pessoas não autorizadas.	CA e SAI
					Apoiar o CA na consolidação da implementação/ revisão de instrumentos de prevenção e gestão de riscos, tais como: Código de Conduta e Ética, manuais de procedimentos, normas de controlo interno, PPRGCIC e Sistema de Comunicação de Irregularidades	SAI
					Reporte das situações de risco que decorrem da avaliação do sistema de controlo interno	SAI
					Promover o envolvimento e participação de todos os colaboradores na identificação e comunicação de potenciais riscos de gestão (p.ex. implementação de uma plataforma de comunicação de eventuais situações de risco)	CA e SAI
					Implementação de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses	CA e SAI
Planeamento das ações de Auditoria Interna	Não inclusão das potenciais áreas de maior risco no plano anual de auditoria	Baixo	Moderado	●	Acompanhamento da execução das ações a implementar previstas nos relatórios de execução do PPRGCIC	SAI
					Revisão periódica do PPRGCIC da ULS do Nordeste	SAI
	Não cumprimento das ações previstas no plano anual de auditoria interna	Moderado	Moderado	●	Elaboração do Plano Anual de Auditoria Interna com base na criticidade das situações identificadas	SAI
					Proceder à elaboração do Plano de Anual de Atividades, de acordo com os recursos disponíveis do Serviço	SAI
					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.	SAI

				Monitorização trimestral o grau de cumprimento do Plano Anual de Auditoria Interna de acordo com o respetivo cronograma aprovado	SAI
				Sensibilização quanto aos princípios éticos da atividade de Auditoria Interna	SAI
				Trabalho de campo realizado por mais de 1 elemento da equipa de auditores/técnicos de auditoria	SAI
				Zelar pelo arquivo documental, inclusive dos papéis de trabalho, em local próprio e de difícil acesso	SAI
				Sensibilização quanto aos princípios éticos da atividade de Auditoria Interna	SAI
				Apreciação e validação conjunta, potenciando o espírito de equipa e partilha de informação e experiência	SAI
				Sensibilização quanto aos princípios éticos da atividade de Auditoria Interna	SAI
				Definição de atribuições e responsabilidades, salvaguardando uma adequada segregação de funções	SAI
				Arquivo próprio para os processos de auditoria interna	SAI
				Limitação do acesso aos processos de auditoria interna	SAI
				Constituição de equipas multidisciplinares, com recurso a elementos externos, se necessário	SAI
				Promover a partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica	SAI
				Aquisição/atualização de competências e formação dos elementos da equipa de Auditoria Interna, necessárias ao desenvolvimento da atividade	SAI
				Promover a realização de ações de follow-up a todas as ações de auditoria desenvolvidas	SAI
				Monitorização trimestral do grau de cumprimento do Plano Anual de Auditoria Interna de acordo com o respetivo cronograma aprovado	SAI
				Em conjunto com os serviços intervenientes, avaliar os impactos resultantes das recomendações propostas	SAI
Desenvolvimento da atividade de auditoria interna	Utilização indevida de informação confidencial	Baixo	Elevado		
	Violação do dever de imparcialidade e isenção	Baixo	Elevado		
	Não recolha, extravio ou inutilização de evidências de suporte às avaliações e análises efetuadas, comprometendo os resultados das mesmas	Baixo	Elevado		
Recomendações e impactos resultantes das ações desenvolvidas	Não implementação das recomendações resultantes dos relatórios de auditoria	Baixo	Elevado		
	As ações desenvolvidas sem impacto direto na melhoria contínua	Baixo	Moderado		

5.7. Compras e Logística

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Nível Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Responsável
Planeamento de Compras de Bens e Serviços	Inexistência de previsão orçamental para a aquisição de bens/ serviços	Moderado	Elevado	●	Elaboração oportuna de um plano anual de compras, aprovado pelo CA, com base nos planos de atividades (contratualização interna) dos diversos serviços	SCL
	Estimativas de custos desajustadas	Moderado	Elevado	●	Emissão de pedidos para autorização de compras ao CA, devidamente justificados, acompanhados de análise custo-benefício	SCL
	Fragmentação da despesa, nomeadamente de investimentos e obras	Elevado	Elevado	●	Projeções com base em histórico de aquisições anteriores	SCL
				●	Preparação e elaboração dos procedimentos com base no Plano Plurianual de Investimentos, oportunamente aprovado pelo CA	SCL
Gestão de Compras	Indefinição das responsabilidades dos intervenientes nos processos de aquisição	Moderado	Moderado	●	Implementação/atualização de um Manual de Procedimentos do Serviço, onde conste, nomeadamente, a identificação da responsabilidade de cada interveniente	SCL
					Definição e atribuição de responsabilidades dos envolvidos, salvaguardando uma adequada segregação de funções	SCL
	Intervenção em situações de impedimento	Baixo	Elevado	●	Divulgação do regime de impedimentos	SCL
				●	Recolha e envio para publicação das declarações de inexistência de incompatibilidades dos membros de júri de procedimentos	SCL
					Identificação e registo das situações de impedimento dos membros de júri de procedimentos	SCL
	Insuficiência de informação na elaboração de cadernos de encargos	Moderado	Moderado	●	Verificação do caderno de encargos pela comissão de análise e promover a aquisição e desenvolvimento de competências necessárias	SCL
	Flutuações/ Instabilidade do Mercado	Moderado	Elevado	●	Aquisição de competências necessárias para pesquisa constante de alternativas	SCL
	Inexistência de gestão/controlo do processo de compras eficaz, originando situações não conformes, tais como:	Moderado	Elevado	●	Implementação/atualização de um Manual de Procedimentos do Serviço, onde conste, nomeadamente, todas as alterações legais e normativos referentes à Contratação Pública	SCL
	- Inexistência de critérios/ falha na verificação e certificação dos procedimentos pré-contratuais;				Zelar pelo cumprimento da legislação aplicável	SCL
	- Promoção de ajuste direto sem justificação para tal;				Aquisição e desenvolvimento de competências necessárias para efetuar todas as tarefas inerentes ao procedimento	SCL
	- Não publicação dos contratos no portal dos contratos públicos;				Pesquisa de mercado de produtos/fornecedores que satisfaçam as necessidades e ao melhor preço (eficiência da compra)	SCL
	- Elevada dependência de um determinado fornecedor;				Promover a concorrência através da consulta a mais do que um concorrente	SCL
	- Especificação de produtos com intuito de ser dirigido a um determinado fornecedor;				Evitar qualquer tipo de especificação, designadamente no que refere à inclusão de cláusulas técnicas que limitem a concorrência, a marcas ou denominações comerciais	SCL
	- Falta de convite a novos				Proceder à tramitação processual através da plataforma	SCL
					Publicação dos contratos celebrados no portal da internet dedicados aos contratos públicos	SCL

Gestão de Contratos de Aquisição de Bens e Serviços	fornecedores; - Prestação de informação privilegiada a fornecedores; - Aceitação de propostas fora de prazo.				Monitorizar as adjudicações efetuadas por fornecedor e respetivos valores e tipo de procedimento.	SCL
					Realização de avaliação regular do desempenho dos fornecedores	SCL
	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	SCL
	Rotura/falha no fornecimento pelo fornecedor	Moderado	Elevado	●	Base de dados de fornecedores inclui pelo menos três fornecedores para o mesmo tipo de produto/artigo	SCL
					Constituição de uma base de dados de fornecedores atuais e potenciais	SCL
	Emissão de Notas de Encomenda sem devida autorização	Baixo	Moderado	●	Definição e aprovação de perfis e limites de autorização de compras	SCL
					Todas as compras têm suporte documental adequado e autorizado	SCL
	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	SCL
	Contratos sem salvaguarda dos interesses institucionais	Baixo	Moderado	●	Inclusão nos contratos de cláusula de salvaguarda da instituição (p.ex. penalizações)	SCL
	Modificações/alterações contratuais não conhecidas por todos os intervenientes no processo de compra	Baixo	Moderado	●	Circuito de comunicação entre todos os intervenientes relativamente a modificações/alterações contratuais ocorridas	SCL
Verificação do Material no ato da Receção de Encomendas (Existências)	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.	SCL
	Não gestão do prazo de garantia de equipamentos e empreitadas	Moderado	Moderado	●	Atualização permanente da listagem de garantias complementar às funções do Gestor de Contrato	SCL
	Não execução das penalidades contratualizadas	Moderado	Moderado	●	Subcontratação de serviços de fiscalização no caso de empreitadas	SCL
					Assegurar a efetiva segregação de funções entre quem encomenda e quem receciona	SCL
					Efetiva evidência de quem rececionou os materiais e posterior verificação pelo serviço requisitante	SCL
	Receção não controlada física e qualitativamente	Moderado	Elevado	●	Assegurar que as encomendas são conferidas quantitativamente nos armazéns	SCL
					Manter atualizados os procedimentos administrativos relativos ao controlo interno existente	SCL
					Promover a rotatividade de colaboradores evitando situações de conluio com fornecedores ou colegas	SCL
					Realização de inventários periódicos aos armazéns, com justificação de diferenças significativas	SCL
					Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente	SCL
Armazenagem (Existências)	Acesso indevido aos armazéns e desvio de materiais ou retenção indevida	Elevado	Moderado	●	Dificultar acesso a bens "apetecíveis"	SCL
					Restrição do acesso aos armazéns a pessoal não autorizado	SCL

					Implementação de câmaras de segurança	SCL
<i>Verificação do Material no ato da Receção de Encomendas (Imobilizados)</i>	Receção não controlada física e qualitativamente	Moderado	Elevado		Assegurar a efetiva segregação de funções entre quem encomenda e as receciona	SCL
					Assegurar que as encomendas são conferidas e validadas pelo Gestor do Contrato ou por alguém em quem ele delegue	SCL
					Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente	SCL
					Promover a rotatividade de Colaboradores evitando situações de conluio com fornecedores ou colegas	SCL
					Manter atualizado os procedimentos relativos à gestão do imobilizado da ULS DO NORDESTE	SCL
<i>Utilização de Bens Públicos (Imobilizados)</i>	Apropriação e/ou utilização indevida de bens públicos, nomeadamente para fins privados; Desvios de bens	Elevado	Elevado		Implementação de uma nova aplicação de Gestão de Imobilizado	SCL
					Envolvimento e responsabilização dos serviços pela salvaguarda e utilização dos bens atribuídos	SCL
					Verificações aleatórias se os bens abatidos continuam no local	SCL
<i>Abates (Imobilizados)</i>	Abates indevidos ou sem autorização do CA	Moderado	Moderado		Promover verificações por elemento diferente do que propôs o abate	SCL
					Manter atualizado os procedimentos relativos à gestão do imobilizado da ULS DO NORDESTE	SCL
					Desenvolver mecanismos de melhor rastreabilidade dos bens do imobilizado	SCL
<i>Transferências de bens (Imobilizados)</i>	Transferências indevidas ou sem autorização do CA	Elevado	Moderado		Manter atualizado os procedimentos relativos à gestão do imobilizado da ULS DO NORDESTE	SCL

5.8. Farmácia

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Nível Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Responsável
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		Cumprir com o enquadramento legal aplicável para cada procedimento de aquisição, nomeadamente, nos termos dos regimes de exclusividade, de acumulação de funções, de incompatibilidades, de impedimentos e inibições	SF
					Assinatura e divulgação na página eletrónica da Instituição as Declaração de Inexistência de Incompatibilidades (conforme artigo 4.º, do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de Janeiro)	SF
					Constituição de uma comissão de análise, no sentido de promover a colegialidade na tomada de decisões	SF
					Zelar pelos princípios éticos, de conduta profissional, de interesse público, atuando com elevado espírito de missão e de prossecução do bem comum	SF
Gestão de Existências	Receção não controlada física e qualitativamente	Baixo	Elevado		Assegurar a efetiva segregação de funções entre quem encomenda e quem receciona	SF
					Efetiva evidência de quem rececionou os medicamentos e posterior verificação pelo serviço requisitante	SF
					Assegurar que as encomendas são conferidas em quantidades e qualidade	SF
					Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente	SF
					Promover a rotatividade de colaboradores evitando situações de conluio com fornecedores ou colegas	SF
	Desvio/ utilização indevida de produtos farmacêuticos	Moderado	Elevado		Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente	SF
					Realização de inventários periódicos aos armazéns, com justificação de diferenças significativas	SF
					Dificultar acesso a bens "apetecíveis"	SF
					Controlo de acesso nas áreas de armazenagem	SF
					Restrição do acesso aos armazéns a pessoal não autorizado	SF
					Implementação de câmaras de segurança	CA
					Zelar pelos princípios éticos, de conduta profissional, de interesse público, atuando com elevado espírito de missão e de prossecução do bem comum	SF
					Registar todas as inutilizações de produtos farmacêuticos e autorizações de abates do CA	SF
	Desvio de estupefacientes e psicotrópicos	baixo	Elevado		Armazenamento seguro (p.ex. cofres)	SF
					Limitação de acesso	SF
					Dupla conferência das dispensas	SF
					Zelar pelos princípios éticos, de conduta profissional, de interesse público, atuando com elevado espírito de missão e de prossecução do bem comum	SF

Dispensa de Produtos Farmacêuticos	Desperdício por não controlo dos prazos de validade dos medicamentos	Baixo	Elevado	●	Implementação de critérios de arrumação dos produtos na farmácia, tendo em conta, entre outros, o prazo de validade	SF
					Implementação de sistemas de controlo de validade, com emissão de alertas mensais dos produtos prestes a expirar	SF
	Risco de deterioração do produtos farmacêuticos, resultantes da temperatura ambiente e/ou humidade	Baixo	Elevado	●	Implementação de um sistema de monitorização da temperatura com sistemas de alerta sempre que a temperatura se desvie dos valores definidos	SF
					Instrução de trabalho sobre o controlo e registo de temperaturas e humidade	SF
					Orientações para a organização e manutenção dos produtos farmacêuticos nas enfermarias	SF
	Abatimento não controlado	Moderado	Moderado	●	Realização de inventários periódicos aos armazéns, com justificação de diferenças significativas	SF
					Autorização do CA para os abates resultantes do inventário final de ano	SF
	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	SF
	Imputação incorreta dos consumos no momento da dispensa	Moderado	Moderado	●	Conferência dos produtos saídos	SF
					Realização de inventários periódicos	SF
					Análise de registos de dispensa	SF
	Saída/retorno de medicamentos para/dos serviços clínicos em quantidades inadequadas	Moderado	Moderado	●	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	SF
					Criação de armazéns avançados dos serviços clínicos e registo da administração ao doente pela aplicação dos enfermeiros	SF

5.9. Formação e Desenvolvimento

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Nível Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Responsável
Planeamento	Desconformidade das ações formativas candidatas e as reais necessidades da ULS DO NORDESTE	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	SFD
	Dificuldade no acesso dos colaboradores para as ações de formação	Baixo	Moderado		Elaboração de programas formativos alinhados com as necessidades e em tempo oportuno	SFD
					Divulgação mensal das ações de formação	SFD
					Implementação e divulgação das normas internas referentes aos critérios de acesso a formação	SFD
					Sistema automático de alertas de marcação de formações	SFD
Contratação de serviços	Não cumprimento dos critérios de igualdade nas iniciativas de formação aos colaboradores	Baixo	Moderado		Rotatividade de formandos e formadores (se formação interna)	SFD
	Favorecimento na contratação de serviços de formação	Baixo	Elevado		Atuação em conformidade com e respetivo enquadramento legal, nomeadamente as circulares normativas do POISE	SFD
					Assinatura de declaração de Inexistência de Conflito de Interesses (quem decide a aquisição de serviços de formação)	SFD
					Implementação de uma bolsa de formadores	SFD
					Rotatividade de funções nos elementos da equipa responsáveis por cada formação	SFD
	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	SFD
					Monitorização periódica para poder proceder a ajustes que não desvirtuem os requisitos pré-definidos	SFD

5.10. Contabilidade e Gestão Financeira

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Nível Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Responsável
Gestão de Contas e Tesouraria	Retenção de valores cobrados	Elevado	Baixo		Recurso a meios de recebimento via sistema de Multibanco	SCGF e CA
					Controlo diário do montante recebido por colaborador	SCGF
					Emissão obrigatória de recibos informatizados que possibilitem a conferência de emissão por listagem diária	SCGF
					Unificação/Integração do sistema de faturação dos CSP (14) e Saúde Pública (1) com os Hospitalares (1)	CA
					Definição das atribuições e responsabilidades dos colaboradores do Serviço, contemplando uma adequada segregação de funções	SCGF
					Reconciliação bancária mensal	SCGF
	Desvio ou apropriação indevida de fundos	Baixo	Moderado		Zelar pelos princípios éticos, de conduta profissional, de interesse público, atuando com elevado espírito de missão e de prossecução do bem comum	SCGF
					Realização de reconciliações bancárias por colaborador não afeto à tesouraria	SCGF
					Circularização periódica dos saldos de terceiros	SCGF
					Autos de conferência periódicos aos Fundos de Manelo - CSP	SCGF
					Definição das atribuições e responsabilidades dos colaboradores do Serviço, contemplando uma adequada segregação de funções	SCGF
					O SGF reporta mensalmente ao CA a situação económico-financeira e a evolução das contas de receita e despesa	SCGF
	Erros/ divergências em registos bancários e/ou contabilísticos	Baixo	Elevado		Definição das atribuições e responsabilidades dos colaboradores do Serviço, contemplando uma adequada segregação de funções	SCGF
					Conciliações e reconciliações bancárias mensais	SCGF
	Utilização indevida do fundo de maneo	Moderado	Baixo		Implementação/revisão de manual de procedimentos relativo à atribuição e utilização de fundo de maneo	SCGF
					Segregação de funções entre os responsáveis pela gestão do fundo de maneo e os colaboradores com responsabilidades de registos contabilísticos e responsáveis de tesouraria	SCGF
					Todas as despesas efetuadas por fundo de maneo são devidamente justificadas e documentadas	SCGF
					Realização de reconciliação diária dos documentos de pagamento e recebimento	SCGF
Rendimentos e Contas a Receber	Rendimentos não registados, mal classificados ou registados em periodos e/ou com valores incorretos	Baixo	Elevado		Assegurar a identificação da natureza da produção e respetiva classificação contabilística	SCGF
					Conferência entre produção realizada e episódios faturados	SCGF
					Conferência mensal de contas de clientes e outros devedores	SCGF
					Segregação de funções (Coordenadores)	SCGF

				Circularização periódica de clientes e outros devedores	SCGF
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	SCGF
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)	CA
				Implementação de procedimentos que garantam a cobrança da atividade realizada dentro do prazo	SCGF
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)	CA
				Relatórios Trimestrais da Unidade de Faturação	SCGF
				Implementação de procedimentos que garantam a obtenção de erros limitativos à faturação	SCGF
Incorreta/ inexistente identificação da entidade financeira responsável pelo pagamento	Moderado	Moderado	●	Criação de um Gabinete de relações com exterior (Admissão <-> Faturação)	CA
				Identificar e reportar periodicamente à Admissão de Doentes, uma listagem de todos os episódios não faturados, no sentido de promover a identificação das entidades responsáveis pelo pagamento	SCGF
Pagamentos e Contas a Pagar	Despesa não registada, mal classificada ou registada em períodos e/ou com valores incorretos	Moderado	●	Assegurar a identificação da natureza da despesa e respetiva classificação contabilística	SCGF
				Conferência mensal de contas de fornecedores e outros credores	SCGF
				Definição das atribuições e responsabilidades dos colaboradores do Serviço, contemplando uma adequada segregação de funções (coordenador)	SCGF
				Circularização periódica de fornecedores e outros credores	SCGF
	Alteração/ anulação de saldos de fornecedores não aprovados	Baixo	●	Gestão de Perfis/Utilizadores no sistema de Informação (SICC SNC-AP)	SCGF
				Segregação de funções com perfis de acesso para reclassificação e/ou ajustamento de saldos de fornecedores	SCGF
	Pagamento indevidos	Baixo	●	Assegurar que todas as faturas a pagamento foram conferidas pelos serviços de conferência de faturas	SCGF
	Pagamento de despesa sem verificação da situação tributária e contributiva do fornecedor	Baixo	●	Estrutura hierarquizada de decisão, com consequente análise em diferentes níveis	SCGF
				Repositório digital das declarações (perfis consulta/edição)	SCGF
				Gestão e monitorização efetuada pelo Sistema de Informação (SICC SNC-AP)	SCGF
				Manter a base de dados de fornecedores atualizada. Solicitar periodicamente esta informação aos fornecedores	SCGF
	Pagamentos preferenciais mais céleres a determinados fornecedores ou em montante superior ao efetivamente faturado	Baixo	●	Implementação/ revisão de um Plano/Política de Pagamentos a Fornecedores, garantindo o cumprimento dos prazos acordados, adequados à disponibilidade de tesouraria	SCGF
				Análise das antiguidades de saldos a fornecedores	SCGF
				Análise e reporte superiormente de todas as situações injustificadas	SCGF
				Definição das atribuições e responsabilidades dos colaboradores do Serviço, contemplando uma adequada segregação de funções	SCGF

Página | 46

5.11. Gestão de Utentes

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Nível Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Responsável
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	SGU
					Análise da adequação do normativo em vigor	SGU
					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	SGU
					Verificação periódica das fichas de utentes	SGU
	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	SGU
					Adequar o perfil do colaborador ao posto de trabalho, promovendo a rotatividade	SGU
					Análises de satisfação do utente, de reclamações e resultados de auditorias à área da admissão de utentes	SGU
	Garantia de confidencialidade no acesso à informação clínica	Baixo	Moderado		Sensibilização e desenvolvimento de formação sobre o regime de acesso a dados pessoais	SGU
MCDT's	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)	SGU
					Acompanhamento periódico dos MCDT's realizados na ULS DO NORDESTE e no exterior, com definição de sistema de alertas para eventuais desconformidades	SGU
	Recurso excessivo a MCDT no exterior com favorecimento/ indução de terceiros	Moderado	Moderado		Providenciar informação sobre a necessidade de adquirir MCDT ao exterior (para efetuar consulta ao mercado)	SGU
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	SGU
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	SGU
					Privilegiar o pagamento por multibanco	SGU
					Rotatividade do pessoal em postos de cobrança de taxas moderadoras	SGU
	Anulação indevida de recibos	Baixo	Moderado		Existência de segregação entre a emissão e a anulação de recibos e respetiva supervisão	SGU
					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	SGU
		Moderado	Moderado		Confirmar a existência de isenção ativa no Web RNU ou atribuição de dispensa	SGU

Isenção ou dispensa indevida de taxas moderadoras				mediante apresentação de documento comprovativo	SGU
				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	Nível Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Responsável
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	SIC
	Contratualização inadequada de serviços de assistência técnica	Baixo	Moderado	●	Implementação de um procedimento de avaliação do desempenho do fornecedor do serviço	SIC
	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	SIC
	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	SIC
Segurança e Gestão de Dados	Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados	Baixo	Elevado	●	Desenvolvimento de medidas para gestão adequada de acessos e privacidade dos dados	SIC
	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)	SIC
	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	SIC
					Alteração periódica das senhas de acesso	SIC
	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	SIC
					Bloquear automaticamente todas as sessões de trabalho após determinado tempo de inatividade	SIC
					Responsabilização dos titulares das senhas de acesso pela sua utilização, conforme previsto no procedimento interno	SIC
	Partilha de senhas entre utilizadores	Baixo	Moderado	●	Monitorização contínua do sistema informático, realização de testes e desenvolvimento de processo de <i>backup</i> e recuperação de dados perdidos	SIC
					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	SIC
					Implementação/ revisão periódica da Política de Segurança e Gestão de Dados da ULS DO NORDESTE	SIC
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	SIC
					Efetuar o arquivo dos processos em locais restritos e com efetivo controlo de acesso	SIC
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	SIC

<i>Fiabilidade dos registos administrativos</i>	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	SIC
---	---	----------	----------	---	--	-----

5.13. Instalações e Equipamentos

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Nível Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Responsável
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 ULS DO NORDESTE	SIE
					Implementação de um Plano de Gestão de Recursos Energéticos previamente elaborado e aprovado	SIE
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	SIE
	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	SIE
					Implementação de planos de monitorização interna, posteriormente entregues ao CA para conhecimento do seu cumprimento	SIE
					Registo do desvio temporal e financeiro entre o adjudicado e o executado, bem como respetivas causas	SIE
					Monitorização dos custos adicionais	SIE
	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	SIE
Instalações e Equipamentos	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	SIE
	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	SIE
					Pré-avaliação realizada por equipa técnica, mediante ordem de serviço, privilegiando, sempre que possível, a disponibilidade operacional	SIE
	Não conformidade das operações de manutenção contratadas com terceiros	Baixo	Moderado		Controlo da permanência dos prestadores de serviço nas instalações da ULS DO NORDESTE	SIE
					Monitorização das ações de manutenção preventiva por um interlocutor claramente definido ao nível de cada Serviço	SIE
	Ocorrência de desvios/ roubo/ furtos de equipamentos	Moderado	Moderado		Aleatoriamente, realização de um controlo periódico (anual) dos equipamentos afetos a determinados centros de custo	SIE
					Responsabilização dos serviços pela salvaguarda e utilização dos bens atribuídos	SIE
	Falta de acuidade no abate físico de bens e na sua valorização	Baixo	Moderado		Parecer técnico relativo à inoperacionalidade ou obsolescência do bem	SIE
					Aprovação do CA pelos abates	SIE

				Remoção física dos bens que aguardam formalização de abate	SIE
--	--	--	--	---	-----

5.14. Recursos Humanos

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Nível Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Responsável
Recrutamento de colaboradores	Favorecimento de candidato por parte do júri (quebra dos deveres de isenção, transparência e imparcialidade no decorrer de procedimentos concursais).	Baixo	Elevado		Implementação de um Regulamento de Recrutamento	SRH
					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	SRH
					Constituição de júri com número mínimo de 5 elementos (1 presidente, 2 vogais efetivos e 2 vogais suplentes) para avaliação dos candidatos	SRH
					Rotatividade dos elementos que compõem os júris de concursos	SRH
					Preenchimento da declaração de inexistência de conflito de interesses por parte dos membros do júri	SRH
Processamento de Salários, abonos e descontos	Ineficaz avaliação das necessidades de contratação	Baixo	Moderado		Plano de atividades dos departamentos/ serviços/ unidades com identificação das necessidades de recursos humanos	SRH
	Contratos irregulares, com erros ou lacunas	Baixo	Moderado		Revisão do contrato por pessoa diferente da pessoa que elaborou	SRH
					Apoio do Gabinete Jurídico e Contencioso (incluindo na elaboração da minuta)	SRH
	Processamentos indevidos: - Remunerações; - Abonos variáveis, ajudas de custo, subsídios, etc.; - Trabalho extraordinário, prevenções, etc.; - Descontos (CGA, ADSE, SS, IRS,...); - Despesas comparticipadas para a ADSE.	Moderado	Moderado		Os elementos que efetuam o processamento de vencimentos encontram-se segregados dos elementos que efetuam a sua verificação, pagamento e contabilização	SRH
					Os elementos que efetuam o processamento de vencimentos efetuam a análise da conta de remunerações a pagar pertencentes às funções Tesouraria e Contabilidade geral	SRH
					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.	SRH
					Rotatividade dos colaboradores do SRH	SRH
					Revisão do Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos da Gestão de Recursos Humanos (ACSS)	SRH
	Processamento de vencimentos após o termo da relação jurídico de trabalho	Baixo	Moderado		Revisão periódica (mensal) das cessações de trabalho	SRH
					Bloqueio de processamento de salários após termo de relação jurídico de trabalho	SRH
Assiduidade/ Absentismo	Inadequado controlo de assiduidade e de tempo de trabalho	Moderado	Moderado		Implementação/atualização de um normativo interno relativo à gestão de assiduidade, pontualidade, absentismo, horários, banco de horas, etc.	SRH
					Implementação de um Sistema de Gestão de Assiduidade automático	SRH
					Implementação de sistema de registo biométrico	SRH
					Parametrização do Sistema de Gestão de Assiduidade de acordo com o normativo interno aprovado em sede de reunião de CA	SRH
					Integração entre as aplicações de controlo de assiduidade e processamento de vencimentos	SRH

					Conferência de relatórios de assiduidade	SRH
					Sensibilização dos gestores de escala para a importância da validação dos horários	SRH
	Registos de assiduidade efetuados por métodos não previstos/alternativos	Baixo	Moderado	●	Implementação de sistemas de registo de assiduidade com dupla possibilidade de validação (através de registos biométricos, de registos faciais, de registos via íris, etc.)	CA
					Revisão periódica (anual) das autorizações de dispensa de registos biométricos	SRH
					Revisão periódica dos colaboradores com autorização para a utilização de registos de assiduidade através de métodos alternativos	SRH
	Registo de assiduidade em locais onde o trabalho não é efetivamente prestado	Elevado	Baixo	●	Vedar o registo de assiduidade nos locais onde os colaboradores não prestam serviço, permitindo, apenas, o registo de assiduidade nos terminais onde o trabalho é efetivamente prestado	SRH
	Inexistência de registos biométrico devido à falência de sistema	Baixo	Moderado	●	Implementação de sistemas de registo de assiduidade alternativos para casos de falência de sistema	SRH
Análise de pedidos de justificação de faltas	Considerar uma falta justificada indevidamente	Baixo	Moderado	●	A justificação de faltas é autorizada pelas hierarquias e, quando tal é exigível, suportada por documento comprovativo	SRH
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	Moderado	●	Divulgação do regime de acumulações	SRH
					Verificações aleatórias das declarações de Colaboradores para verificação da não acumulação	SRH
					Verificar declarações de IRS de médicos em regime de dedicação exclusiva, a realizar anualmente pelo Serviço de Recursos Humanos	SRH
Análise de requerimentos de licença sem vencimento	Considerar indevidamente que se encontram preenchidos os requisitos para autorização da licença sem vencimento.	Baixo	Moderado	●	Remeter todos os pedidos de licença sem vencimento para apreciação em reunião de CA	SRH
Deslocações em serviço	Deslocações em serviços processadas sem autorização	Baixo	Moderado	●	Deslocações em serviço processadas após autorização das hierarquias, inclusive, vogal responsável pelo pelouro	SRH
Marcação de férias	Atribuição de dias de férias superior ao de direito.	Baixo	Moderado	●	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	SRH
Renovação do contrato sem prévia autorização do CA	Favorecimento de colaborador com desempenho inadequado ou sem efetiva necessidade de renovação do ULS DO NORDESTE;	Baixo	Elevado	●	Obrigatoriedade de verificação dos elementos por mais de uma pessoa	SRH
					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	SRH
Manutenção de dados mestre de Colaboradores	Alteração não autorizada de dados mestre de Colaboradores com impacto em processamentos.	Baixo	Moderado	●	Os elementos que alteram os dados mestre de colaboradores, para efeitos de processamento, encontram-se segregados dos que processam de facto	SRH
Cadastro	Violação do sigilo	Baixo	Elevado	●	Criação de regras para consulta dos processos individuais exclusiva a pessoas autorizadas	SRH
					Implementação de arquivo digital, protegido e objeto de backups periódicos	SRH

Avaliação de desempenho					Sensibilização dos trabalhadores da área de RH sobre a obrigatoriedade de guardar reservar/ sigilo. (Código de Ética)	SRH
	Fuga de informação	Baixo	Elevado	●	Realização de ações de sensibilização sobre o tema. Segregação de funções devidamente documentadas.	SRH
	Cadastro do pessoal desatualizado / incompleto	Moderado	Moderado	●	Solicitação periódica (anual ou bianual) para atualização dos dados aos colaboradores	SRH
					Implementação de um <i>check-list</i> de controlo relativamente aos documentos dos processos individuais	SRH
	Ausência ou deficiente fundamentação dos resultados das decisões de avaliação	Moderado	Moderado	●	Verificar a existência de uma definição clara, objetiva e quantificável de objetivos	SRH
	Utilização excessiva de mecanismos excecionais de promoção na carreira	Baixo	Moderado	●	Cumprimento da legislação aplicável, das normas instituídas e SIADAP	SRH
Gestão de Carreiras	Inexistência de progressão de carreiras	Baixo	Moderado	●	Verificação anual das progressões existentes	SRH

5.15. Qualidade

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Nível Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Responsável
<i>Controlo de produção de documentos institucionais (Formulários/ Modelos /Impressos/ Procedimentos /Protocolos /Folhetos/Cartazes e outros)</i>	Produção e utilização de documentos sem validação/aprovação, ou sem qualquer registo informático	Baixo	Moderado		Implementação de um sistema de gestão documental	GQ
					Elaboração e divulgação de um Procedimento de Controlo e Registo Documental	GQ
	Adulteração, destruição, inutilização de documentos ou alteração de informação, dados ou registos	Baixo	Moderado		Implementação de um sistema de gestão documental	GQ
					Definição de atribuições e responsabilidades, salvaguardando uma adequada segregação de funções	GQ
					Implementação de indicadores de desempenho, com recurso a processos de monitorização e controlo de prazos e falhas, no sentido de monitorizar e atuar conforme desvios detetados	GQ
					Zelar pelos princípios éticos, de conduta profissional, de interesse público, atuando com elevado espírito de missão e de prossecução do bem comum	GQ
<i>Cultura de segurança e qualidade dos profissionais da ULS DO NORDESTE</i>	Inadequabilidade de propostas para implantação de projetos internos de melhoria contínua da qualidade, potenciando um consumo de recursos humanos e financeiros excessivos	Moderado	Moderado		Implementação de ferramenta de avaliação de propostas de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade, a implementar nos Serviços, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados prestados e em conformidade com os padrões de qualidade reconhecidos	GQ
	Incumprimento dos projetos de melhoria contínua dos cuidados e projeto de certificação	Moderado	Moderado		Implementação de ferramenta de monitorização da conformidade dos Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade, implementados nos Serviços	GQ
					Implementação de um programa de auditorias internas a serviços/ unidades funcionais de acordo com o Manual de Certificação ACSA, da DGS	GQ
					Promover a elaboração, e respetiva submissão ao CA, de Relatórios periódicos, com indicação, nomeadamente, do ponto de situação do processo de certificação, com destaque para as situações com necessidades de desenvolvimento de medidas/ ações	GQ



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
NORDESTE



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE