



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
NORDESTE

Revisão 29.10.2015

Apurado -


Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração


Paulo Rogão
Vogal Executivo do
Conselho de Administração

Relatório de Avaliação Intercalar

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO, INCLUINDO OS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Outubro de 2025



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

1. Índice

1. Índice	1
2. Enquadramento.....	4
3. Metodologia	5
4. Avaliação do Risco	6
5. Monitorização do Plano	7
5.1. Órgão de Gestão, Dirigentes e Chefias.....	8
5.2. Comunicação e Imagem	12
5.3. Jurídico e Contencioso.....	14
5.4. Planeamento e Controlo	16
5.5. Apoio Geral e Transportes	18
5.6. Auditoria Interna.....	20
5.7. Compras e Logística	23
5.8. Farmácia	27
5.9. Formação e Desenvolvimento	29
5.10. Contabilidade e Gestão Financeira.....	30
5.11. Gestão de Utentes	34
5.12. Informática e Comunicações	36
5.13. Instalações e Equipamentos	38
5.14. Recursos Humanos	40
5.15. Qualidade	43
6. Riscos e Controlos	44
a) Riscos de grau elevado ou Máximo - Comunicação e Imagem.....	47
b) Riscos de grau elevado ou Máximo – Planeamento e Controlo	47
c) Riscos de grau elevado ou Máximo - Apoio Geral e Transportes.....	49
d) Riscos de grau elevado ou Máximo – Auditoria Interna	50
e) Riscos de grau elevado ou Máximo - Compras e Logística	51
f) Riscos de grau elevado ou Máximo - Farmácia.....	54
g) Riscos de grau elevado ou Máximo - Contabilidade e Gestão Financeira	55

7. Conclusões.....	57
8. Recomendações	58

Ficha Técnica

Título

Relatório de Avaliação Intercalar do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas - 2025/27

Elaboração

Serviço de Auditoria Interna

Versão

1.^a

Participação

Diretores, coordenadores e chefias dos diversos serviços de apoio à gestão 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/>

2. Enquadramento

No âmbito das competências inerentes ao Serviço de Auditoria Interna, compete em especial a elaboração do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da Unidade Local de Saúde (ULS) do Nordeste, assim como dos respetivos relatórios anuais de execução, sendo posteriormente, após aprovação do Conselho de Administração, remetidos ao Conselho de Prevenção da Corrupção e membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

O Conselho de Prevenção da Corrupção, 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 Mecanismo Nacional de Anticorrupção e estabelecido o Regime Geral de Prevenção da Corrupção, nos termos do Decreto-lei nº 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 Mecanismo Nacional de Anticorrupção, através da Portaria n.º 155-B/2023, de 6 de junho, o Conselho de Prevenção da Corrupção cessou as respetivas funções.

O respetivo regime jurídico entrou em vigor no dia 7 de junho de 2022, introduzindo alterações relevantes, entre elas se destaca a necessidade de implementação de um Programa de Cumprimento Normativo, devendo para tal ser nomeado um Responsável, constituído, especificamente, 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.

Relativamente ao plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas, conforme previsto nos termos do respetivo diploma legal, o mesmo 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 identificadas.

Posto isto, e cientes da importância do Plano enquanto 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 Instituição, procedeu-se no final do ano de 2024 à reformulação do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluído os de Corrupção e Infrações Conexas (PPRGCIC) da ULS do Nordeste, cuja anterior reformulação tinha ocorrido no decorrer do ano de 2022.

Por sua vez, no que ao controlo e acompanhamento diz respeito, conforme previsto no Regime Geral de Prevenção da Corrupção, nomeadamente no n.º 4, alínea a), é elaborado anualmente, mais precisamente no mês de outubro, um relatório de avaliação intercalar referente às situações identificadas de risco elevado ou máximo.

Assim, tendo em consideração o referido enquadramento legal e, sobretudo, as competências incumbidas ao Serviço de Auditoria Interna, designadamente, 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 Serviço Nacional de Saúde, 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.

O presente documento, denominado de Relatório Intercalar do PPRGCIC, foi elaborado com o intuito de proceder à avaliação do ponto de situação de todas as situações identificadas com a classificação de risco elevado e máximo, garantindo, por sua vez, o cumprimento das disposições legais previstas, nomeadamente, no artigo 4.º, do Regime Geral de Prevenção da Corrupção, aprovado através do Decreto-lei nº 109-E/2021, de 9 dezembro.

3. Metodologia

Relativamente à presente avaliação intercalar, o Serviço de Auditoria Interna coordenou todo o processo, incluindo a elaboração do respetivo relatório, promovendo diversas ações de trabalho conjuntamente com os diretores, coordenadores e responsáveis das Unidades Orgânicas que, no âmbito da elaboração do PPRGCIC, identificaram, inclusive, situações de risco de nível elevado e máximo, assim como, as respetivas medidas preventivas e de controlo, no sentido de:

- Apuramento do grau de implementação das ações de prevenção identificadas no PPRGCIC para as situações de risco máximo e elevado;
- O estado de execução das ações que se encontram “em fase de implementação” e a previsão para a sua total implementação;
- A justificação para a eventual não implementação das ações por implementar;

- A identificação de outras ações adotadas ou a adotar e que não se encontrem identificadas no PPRGCIC;
- A existência de propostas ou contributos para uma futura revisão do PPRGCIC.

Os contributos rececionados dos diretores, coordenadores e responsáveis das Unidades Orgânicas foram compilados e o resultado da avaliação encontra-se espelhado nos quadros que constituem o próximo ponto 4. *"Monitorização do Plano"*.

4. Avaliação do Risco

Conforme previsto no PPRGCIC da ULS do Nordeste, as situações de risco identificadas são classificadas 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 5 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”.

5. Monitorização do Plano

Para o desenvolvimento do presente relatório de avaliação intercalar do PPRGCIC, foram envolvidos todos os diretores, coordenadores e responsáveis das áreas onde se encontram identificadas as situações de risco máximo e elevado.

O trabalho foi conduzido através de um processo participativo, no qual se procedeu à atualização do ponto de situação relativo à implementação das ações de prevenção e controlo sob a respetiva responsabilidade, à reavaliação das ações previstas e, sempre que considerado necessário, à definição de novas medidas de prevenção e controlo adicionais, com vista a mitigar a probabilidade de ocorrência e o impacto previsto dos riscos identificados.

Nesse seguimento, é apresentada a matriz de gestão de riscos da ULS do Nordeste estabelecida através do PPRGCIC, atualizada à data da realização do presente relatório, onde se encontram detalhados todos os riscos e ações de prevenção e controlo identificados, distribuídos por Unidade Orgânica / Área de Risco, assim como, o respetivo grau de implementação, refletido da seguinte forma:

Grau do Risco		
• Cor Verde		Mínimo
• Cor Verde-claro		Baixo
• Cor-de-Laranja		Moderado
• Cor Vermelho-escuro		Elevado
• Cor Vermelho		Máximo

Grau de Implementação		
• Cor Verde		Totalmente implementado
• Cor-de-Laranja		Em fase de implementação
• Cor Vermelho		Não implementado

5.1. Órgão de Gestão, Dirigentes e Chefias

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Nível Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Responsável	Grau de implem.
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	
					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	
	Comprometimento da isenção e imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas	Baixo	Elevado		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					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
	Assédio moral ou discriminação contra os colaboradores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, ideológicas ou outras	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, 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
	Atos de retaliação contra colaboradores que reportem atos de corrupção, de má conduta ou violação dos deveres profissionais	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
	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

Conflito de interesses	Avaliações de desempenho irregulares	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/ revisão do Regulamento de Comunicação de Irregularidades	CA e SAI
					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
	Tratamento privilegiado de pessoas ou processos; Favorecimento/ Prejuízo de concorrentes, fornecedores ou pessoas (devido a conflitos de interesses) na tramitação de processos, na tomada de decisão ou na execução de contratos	Baixo	Elevado		Promoção de ações de formação junto das chefias e dirigentes, relativamente à comunicação, motivação, gestão e liderança de pessoas	CA e SFD
					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
					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
Sigilo profissional	Fornecimento de informação não autorizado a terceiros, com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais	Baixo	Elevado		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
					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

Igualdade	Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade	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
					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
					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	Grau de implem.
Comunicação Interna	Divulgação de informação não validada pelo CA	Baixo	Moderado		Elaboração, divulgação e monitorização da Estratégia de Comunicação 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 Elaboração e divulgação de um procedimento que salvguarde 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	
	Sinalética interior e exterior que não cumpre os requisitos da imagem institucional	Moderado	Baixo		Atualização e divulgação de um procedimento relativo à elaboração de materiais informativos 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 nas instalações da ULSNE	Moderado	Moderado		Atualização do procedimento normativo referente à recolha interna autorizada de imagens	GCI	
Gestão de crise	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	Grau de implem.
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	
	Incumprimento da tramitação processual	Baixo	Elevado		Estrutura hierarquizada de decisão, com consequente análise em diferentes níveis	GJC	
					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	
Jurídico - Processos de inquérito e/ou disciplinares	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,	GJC	

				no sentido de monitorizar e atuar conforme desvios detetados	
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	Grau de implem.
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	

Projetos de investimento	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	
	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	Grau de implem.
Limpeza e higienização; Segurança e Vigilância; Gestão de Resíduos; Gestão de Roupa; Desinfestação/ Controlo de Pragas	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	
	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	

Central Telefónica	Inexistência de um manual de procedimentos aprovado e divulgado internamente	Baixo	Moderado		Elaboração/revisão de um procedimento interno destinado ao atendimento telefónico da ULS DO NORDESTE	SAGT	
	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	SFD e SAGT	
					Adequar o perfil do colaborador ao posto de trabalho, promovendo a rotatividade	SAGT	
					Realização periódica de ações de "cliente mistério"	SAI e SAGT	
					Implementação de sistema de registo biométrico/ login individual para as telefonistas, nas consolas de atendimento	CA	
Gestão da frota automóvel	Impossibilidade de resolução do pedido do utente	Baixo	Moderado		Identificação, em cada contacto telefónico, o âmbito da chamada e documentar de forma precisa e detalhada a questão	SAGT	
	Não atendimento, devido ao elevado volume de chamadas	Elevado	Baixo		Criação / atualização de um documento "Perguntas Mais Frequentes" (FAQ's) e publicar no site da instituição	SAGT	
					Fornecer outro meio de resolução do pedido, através do correio eletrónico consultas@ULS do Nordeste.min-saude.pt	SAGT	
	Utilização indevida das viaturas para fins privados	Moderado	Elevado		Elaboração de um relatório anual composto por análises de satisfação do utente, dos colaboradores, reclamações e resultados de auditorias à área das telefonistas	SAGT	
					Elaboração de procedimentos de monitorização, com indicadores globais e individuais	SAGT	
	Utilização das viaturas sem a devida garantia de segurança para os ocupantes	Baixo	Elevado		Implementação de sistema de controlo de gestão da frota por GPS, com opção de rastreamento dos percursos	CA	
					Controlar os quilómetros percorridos das viaturas e os consumos Via Verde/ Combustíveis/Parqueamento	SAGT	
Gestão de Recursos	Realização de serviços de manutenção, inspeção e reparações das viaturas fora do âmbito dos planos programados de manutenção, sem adequada aprovação	Baixo	Moderado		Sistema de monitorização com alertas das inspeções obrigatórias, seguros, manutenções, reparações, pneumáticos, etc.	SAGT	
	Dotação e distribuição ineficiente de recursos (humanos) do Serviço, para o desenvolvimento das atividades	Baixo	Moderado		Implementação de um plano e relatório anual com registo das intervenções e/ou manutenções por viatura, remetido para aprovação do CA	SAGT	
					Proceder a uma afetação eficiente dos Recursos, pelas diferentes áreas de atividade	SAGT	
					Proceder à redistribuição de tarefas atribuídas de acordo com as prioridades estabelecidas para as diferentes áreas de atividades	SAGT	

5.6. Auditoria Interna

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Nível Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Responsável	Grau de implem.
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	SAI, GCI, CA	
					Divulgação interna dos canais de comunicação de irregularidades, designadamente num lugar bem visível e com destaque (página principal da intranet)	SAI, GCI, CA	
					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	
	Denúncias/comunicações de irregularidades não recebidas ou recebidas por pessoas indevidas, colocando em causa a garantia da confidencialidade	Baixo	Elevado		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	
Sistema de Gestão de Riscos	Ineficaz/ desatualizado Sistema de Gestão de Riscos	Moderado	Moderado		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	
					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	
	Não cumprimento das ações previstas no plano anual de auditoria interna	Moderado	Moderado		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	
	Utilização indevida de informação confidencial	Baixo	Elevado		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	
Desenvolvimento da atividade de auditoria interna	Violação do dever de imparcialidade e isenção	Baixo	Elevado		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	
	Não recolha, extravio ou inutilização de evidências de suporte às avaliações e análises efetuadas, comprometendo os resultados das mesmas	Baixo	Elevado		Definição de atribuições e responsabilidades, salvaguardando uma adequada segregação de funções	SAI	
					Aquivo 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	
	Desconhecimento técnico das áreas a auditar	Baixo	Elevado		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	
Recomendações e impactos resultantes das	Não implementação das recomendações	Baixo	Elevado				

ações desenvolvidas	resultantes dos relatórios de auditoria				Monitorização trimestral do grau de cumprimento do Plano Anual de Auditoria Interna de acordo com o respetivo cronograma aprovado	SAI	
	As ações desenvolvidas sem impacto direto na melhoria contínua	Baixo	Moderado		Em conjunto com os serviços intervenientes, avaliar os impactos resultantes das recomendações propostas	SAI	

5.7. Compras e Logística

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Nível Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Responsável	Grau de implem.
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 Emissão de pedidos para autorização de compras ao CA, devidamente justificados, acompanhados de análise custo- benefício	SCL	
	Estimativas de custos desajustadas	Moderado	Elevado		Projeções com base em histórico de aquisições anteriores	SCL	
	Fragmentação da despesa, nomeadamente de investimentos e obras	Elevado	Elevado		Preparação e elaboração dos procedimentos com base no Plano Plurianual de Investimentos, oportunamente aprovado pelo CA	SCL	
	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	
Gestão de Compras	Intervenção em situações de impedimento	Baixo	Elevado		Definição e atribuição de responsabilidades dos envolvidos, salvaguardando uma adequada segregação de funções	SCL	
					Divulgação do regime de impedimentos	SCL	
					Recolha e envio para publicação das declarações de inexistência de incompatibilidades dos membros de júri de procedimentos	SCL	
	Insuficiência de informação na elaboração de cadernos de encargos	Moderado	Moderado		Identificação e registo das situações de impedimento dos membros de júri de procedimentos	SCL	
					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: - Inexistência de critérios/ falha na verificação e certificação dos procedimentos pré- contratuais; - Promoção de ajuste direto sem justificação para tal; - Não publicação dos	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	
					Zelar pelo cumprimento da legislação aplicável Aquisição e desenvolvimento de competências necessárias para efetuar todas as tarefas inerentes ao procedimento Pesquisa de mercado de produtos/fornecedores que satisfazam as necessidades e ao	SCL	

	contratos no portal dos contratos públicos; - Elevada dependência de um determinado fornecedor; - Especificação de produtos com intuito de ser dirigido a um determinado fornecedor; - Falta de convite a novos fornecedores; - Prestação de informação privilegiada a fornecedores; - Aceitação de propostas fora de prazo.				melhor preço (eficiência da compra)		
					Promover a concorrência através da consulta a mais do que um concorrente	SCL	●
					Evitar qualquer tipo de especificação, designadamente no que refere à inclusão de cláusulas técnicas que limitem a concorrência, a marcas ou denominações comerciais	SCL	●
					Proceder à tramitação processual através da plataforma	SCL	●
					Publicação dos contratos celebrados no portal da internet dedicados aos contratos públicos	SCL	●
					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	●
Gestão de Contratos de Aquisição de Bens e Serviços	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	
	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 contratuais	Moderado	Moderado	●	Subcontratação de serviços de fiscalização no caso de empreitadas	SCL	
Verificação do Material no ato da Receção de	Receção não controlada física e qualitativamente	Moderado	Elevado	●	Assegurar a efetiva segregação de funções entre quem encomenda e quem recebe	SCL	●

<i>Encomendas (Existências)</i>					Efetiva evidência de quem rececionou os materiais e posterior verificação pelo serviço requisitante	SCL	●
					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	●
<i>Armazenagem (Existências)</i>	Acesso indevido aos armazéns e desvio de materiais ou retenção indevida	Elevado	Moderado	●	Realização de inventários periódicos aos armazéns, com justificação de diferenças significativas	SCL	●
					Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente	SCL	●
					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	●
<i>Utilização de Bens Públicos (Imobilizados)</i>	Apropriação e/ou utilização indevida de bens públicos, nomeadamente para fins privados; Desvios de bens	Elevado	Elevado	●	Manter atualizado os procedimentos relativos à gestão do imobilizado da ULS DO NORDESTE	SCL	●
					Implementação de uma nova aplicação de Gestão de Imobilizado	SCL	●
					Envolvimento e responsabilização dos serviços pela salvaguarda e utilização dos bens atribuídos	SCL	●
<i>Abates (Imobilizados)</i>	Abates indevidos ou sem autorização do CA	Moderado	Moderado	●	Verificações aleatórias se os bens abatidos continuam no local	SCL	●
					Promover verificações por elemento diferente do que propôs o abate	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	●
					Desenvolver mecanismos de melhor rastreabilidade dos bens do imobilizado	SCL	●

				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	Grau de implem.
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	
	Desvio/ utilização indevida de produtos farmacêuticos	Moderado	Elevado		Promover a rotatividade de colaboradores evitando situações de conluio com fornecedores ou colegas	SF	
					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	

Dispensa de Produtos Farmacêuticos	Desvio de estupefacientes e psicotrópicos	baixo	Elevado		Registrar todas as inutilizações de produtos farmacêuticos e autorizações de abates do CA	SF	
					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	
	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	
	Saída/retorno de medicamentos para/dos serviços clínicos em quantidades inadequadas	Moderado	Moderado		Análise de registos de dispensa	SF	
					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	Grau de implem.
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	
					Programação atempada das formações, permitindo garantir os pressupostos definidos	SFD	
	Não cumprimento dos requisitos pré-definidos aquando da candidatura ao financiamento da ação formativa (formador, formato da ação, destinatários)	Baixo	Moderado		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	Grau de implem.
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	
	Desvio ou apropriação indevida de fundos	Baixo	Moderado		Reconciliação bancária mensal	SCGF	
					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 Maneio - CSP	SCGF	
					Definição das atribuições e responsabilidades dos colaboradores do Serviço, contemplando uma adequada segregação de funções	SCGF	
	Erros/ divergências em registos bancários e/ou contabilísticos	Baixo	Elevado		O SGF reporta mensalmente ao CA a situação económico-financeira e a evolução das contas de receita e despesa	SCGF	
					Definição das atribuições e responsabilidades dos colaboradores do Serviço, contemplando uma adequada segregação de funções	SCGF	
	Utilização indevida do fundo de maneio	Moderado	Baixo		Conciliações e reconciliações bancárias mensais	SCGF	
					Implementação/revisão de manual de procedimentos relativo à atribuição e utilização de fundo de maneio	SCGF	
					Segregação de funções entre os responsáveis pela gestão do fundo de maneio e os colaboradores com responsabilidades de registos contabilísticos e responsáveis de tesouraria	SCGF	
					Todas as despesas efetuadas por fundo de maneio são devidamente justificadas e documentadas	SCGF	

Rendimentos e Contas a Receber	Rendimentos não registados, mal classificados ou registados em períodos e/ou com valores incorretos	Baixo	Elevado		Realização de reconciliação diária dos documentos de pagamento e recebimento	SCGF	
					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	
	Atos clínicos não faturados/ faturados incorretamente	Moderado	Elevado		Implementação de procedimentos que garantam a cobrança da atividade realizada dentro do prazo	SCGF	
					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	
Pagamentos e Contas a Pagar	Incorreta/ inexistente identificação da entidade financeira responsável pelo pagamento	Moderado	Moderado		Implementação de procedimentos que garantam a obtenção de erros limitativos à faturação	SCGF	
					Criação de um Gabinete de relações com exterior (Admissão <-> Faturação)	CA	
	Despesa não registada, mal classificada ou registada em períodos e/ou com valores incorretos	Moderado	Elevado		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	
					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	
					Gestão de Perfis/Utilizadores no sistema de Informação (SICC SNC-AP)	SCGF	
	Alteração/ anulação de saldos de fornecedores não aprovados	Baixo	Moderado		Segregação de funções com perfis de acesso para reclassificação e/ou ajustamento de saldos de fornecedores	SCGF	

	Pagamento indevidos	Baixo	Elevado		Assegurar que todas as faturas a pagamento foram conferidas pelos serviços de conferência de faturas	SCGF	
					Estrutura hierarquizada de decisão, com consequente análise em diferentes níveis	SCGF	
	Pagamento de despesa sem verificação da situação tributária e contributiva do fornecedor	Baixo	Moderado		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.	SCGF	
	Pagamentos preferenciais mais céleres a determinados fornecedores ou em montante superior ao efetivamente faturado	Baixo	Elevado		Solicitar periodicamente esta informação aos fornecedores	SCGF	
					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	
	Incumprimento dos prazos de pagamento	Elevado	Moderado		Estrutura hierarquizada de decisão, com consequente análise em diferentes níveis	SCGF	
					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	
					Cumprimento das cláusulas contratuais sobre condições de pagamento	SCGF	
					Implementação de um mecanismo de controlo de faturas por pagar, de modo a evitar pagamentos em atraso e pagamentos de juros	SCGF	
Gestão e Planeamento de Atividades Operacionais	Funções e responsabilidades indefinidas ou não observando uma adequada segregação de funções por inexistência de regulamento e manual de procedimentos	Baixo	Moderado		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	SCGF	
					Definição das atribuições e responsabilidades dos colaboradores do Serviço, contemplando uma adequada segregação de funções	SCGF	

Ineficiências operacionais, incapacidade de resposta adequada e oportuna às solicitações/competências incumbidas	Baixo	Elevado		Promover a elaboração do Plano Anual de Atividades do Serviço com indicação, nomeadamente, dos recursos disponíveis e respetiva afetação, os investimento necessários, nomeadamente de recursos humanos, materiais e/ou outros significativos, a previsão de ações de formação necessárias ao desenvolvimento das atividades incumbidas, etc. 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	SCGF
Dotação e distribuição ineficiente de recursos (humanos) do Serviço, para o desenvolvimento das atividades	Moderado	Moderado			SCGF SCGF

5.11. Gestão de Utentes

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Nível Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Responsável	Grau de implem.
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	
Admissão de Utentes	Abuso de poder no contacto com os utentes	Baixo	Moderado		Promover formação alargada aos profissionais sobre questões éticas e códigos de conduta aplicáveis, qualidade no atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de emoções em situações de conflito	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	
Admissão de Utentes	Garantia de confidencialidade no acesso à informação clínica	Baixo	Moderado		Sensibilização e desenvolvimento de formação sobre o regime de acesso a dados pessoais	SGU	
	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	
MCDT's	Recurso excessivo a MCDT no exterior com favorecimento/ indução de terceiros	Moderado	Moderado		Acompanhamento periódico dos MCDT's realizados na ULS DO NORDESTE e no exterior, com definição de sistema de alertas para eventuais desconformidades	SGU	
					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
					Existência de segregação entre a emissão e a anulação de recibos e respetiva supervisão	SGU
	Anulação indevida de recibos	Baixo	Moderado		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
	Isenção ou dispensa indevida de taxas moderadoras	Moderado	Moderado		Confirmar a existência de isenção ativa no Web RNU ou atribuição de dispensa mediante apresentação de documento comprovativo	SGU
					Existência e monitorização de procedimento de cobrança de taxas moderadoras e análise da antiguidade da dívida	SGU

5.12. Informática e Comunicações

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Nível Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Responsável	Grau de implem.
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	
	Partilha de senhas entre utilizadores	Baixo	Moderado		Responsabilização dos titulares das senhas de acesso pela sua utilização, conforme previsto no procedimento interno	SIC	
	Falhas dos sistemas informáticos, devido a ciberataques, vírus ou falhas de segurança por conduta negligente ou má conduta intencional de colaboradores, podendo colocar em causa a privacidade da informação do utente e o funcionamento dos serviços	Baixo	Elevado		Monitorização contínua do sistema informático, realização de testes e desenvolvimento de processo de <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	

<i>Arquivamento de Informação</i>	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
<i>Integração de Dados</i>	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	Grau de implem.
Planeamento e organização	Informação dispersa e não sistemizada 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	

Ocorrência de desvios/ roubo/ furtos de equipamentos	Moderado	Moderado		Monitorização das ações de manutenção preventiva por um interlocutor claramente definido ao nível de cada Serviço	SIE
				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	Grav de implem.
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	
	Ineficaz avaliação das necessidades de contratação	Baixo	Moderado		Plano de atividades dos departamentos/ serviços/ unidades com identificação das necessidades de recursos humanos	SRH	
Processamento de Salários, abonos e descontos	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	Baixo	Moderado		Revisão periódica (mensal) das cessações de trabalho	SRH	

Assiduidade/ Absentismo	termo da relação jurídico de trabalho				Bloqueio de processamento de salários após termo de relação jurídico de trabalho	SRH
					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
	Inadequado controlo de assiduidade e de tempo de trabalho	Moderado	Moderado	●	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
					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
	Registos de assiduidade efetuados por métodos não previstos/alternativos	Baixo	Moderado	●	Revisão periódica (anual) das autorizações de dispensa de registos biométricos	SRH
Análise de pedidos de justificação de faltas					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
	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					Divulgação do regime de acumulações	SRH
	Considerar indevidamente que se encontram cumpridos os requisitos para acumulação de funções. Acumulação de funções sem prévia autorização ou com incompatibilidades.	Moderado	Moderado	●	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

<i>Análise de requerimentos de licença sem vencimento</i>	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	
<i>Deslocações em serviço</i>	Deslocações em serviços processadas sem autorização	Baixo	Moderado		Deslocações em serviço processadas após autorização das hierarquias, inclusive, vogal responsável pelo pelouro	SRH	
<i>Marcação de férias</i>	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	
<i>Renovação do contrato sem prévia autorização do CA</i>	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	
<i>Manutenção de dados mestre de Colaboradores</i>	Alteração não autorizada de dados mestre de Colaboradores com impacto em processamentos.	Baixo	Moderado		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	
<i>Cadastro</i>					Os elementos que alteram os dados mestre de colaboradores, para efeitos de processamento, encontram-se segregados dos que processam de facto	SRH	
					Criação de regras para consulta dos processos individuais exclusiva a pessoas autorizadas	SRH	
	Violação do sigilo	Baixo	Elevado		Implementação de arquivo digital, protegido e objeto de <i>backups</i> periódicos	SRH	
					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	
<i>Avaliação de desempenho</i>	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	
<i>Gestão de Carreiras</i>	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	Grau de implem.
Controlo de produção de documentos institucionais (Formulários/ Modelos /impressos/ Procedimentos /Protocolos /Folhetos/Cartazes e outros)	Produção e utilização de documentos sem validação/aprovação, ou sem qualquer registo informático	Baixo	Moderado		Implementação de um sistema de gestão documental 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	
Cultura de segurança e qualidade dos profissionais da ULS DO NORDESTE	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	

6. Riscos e Controlos

De acordo com a matriz de riscos da ULS do Nordeste evidenciada no ponto anterior, encontram-se identificados um total de 185 riscos referentes a atividades / funções / processos desenvolvidos na Instituição, distribuídos por cada Unidade Orgânica / Área de Risco, de acordo com a classificação de risco associado, designadamente:

Áreas de risco / UO	Total de Riscos	Nível Mínimo	Nível Baixo	Nível Moderado	Nível Elevado	Nível Máximo	Total ações prev. e controlo
Dirigentes e Chefias	10	-	-	10	-	-	44
Comunicação e Imagem	12	-	4	7	1	-	18
Jurídico e Contencioso	12	-	1	11	-	-	22
Planeamento e Controlo	9	-	1	5	3	-	24
Apoio Geral e Transportes	18	1	11	4	2	-	31
Auditoria Interna	11	-	2	8	1	-	29
Compras e Logística	23	-	4	7	10	2	54
Farmácia	10	-	-	9	1	-	34
Formação e Desenvolvimento	5	-	3	2	-	-	12
Contabilidade e Gestão Financeira	18	-	5	10	3	-	56
Gestão de Utentes	9	-	5	4	-	-	19
Informática e Comunicações	13	-	8	5	-	-	18
Instalações e Equipamentos	9	-	4	5	-	-	18
Recursos Humanos	22	-	12	10	-	-	46
Qualidade	4	-	2	2	-	-	10
Total	185	1	62	99	21	2	435

Tabela 1 - Distribuição do número de riscos por unidade orgânica/área de risco

Por sua vez, nos termos do PPRGCIC, foram identificados um total de 435 ações de prevenção e controlo, no sentido de prevenir e controlar o universo das situações de risco previstas.

No que diz respeito às situações de risco classificadas de nível elevado e máximo, conforme previsto na tabela n.º 1, encontram-se previstas um total de 21 situações de risco que consubstanciam um grau de risco elevado e, ainda, 2 situações de risco máximo, sobre os quais foram objeto de identificação um total de 73 ações de prevenção e controlo para prevenir / mitigar a sua ocorrência, distribuídas da seguinte forma por Unidade / Área de Risco:

Áreas / UO	Riscos de Nível Elevado	Riscos de Nível Máximo	Ações prv./ctrl.	Totalm. Implem.	Em fase Implem.	Não Implem.
Comunicação e Imagem	1	-	1	-	1	-
Planeamento e Controlo	3	-	10	8	1	1
Apoio Geral e Transportes	2	-	3	1	-	2
Auditoria Interna	1	-	3	-	2	1
Compras e Logística	10	2	37	25	12	-
Farmácia	1	-	8	7	-	1
Contabilidade e Gestão Financeira	3	-	11	2	5	4
Total	21	2	73	43	21	9

Tabela 2 - Distribuição das ações de prevenção e controlo por unidade orgânica/área de risco de grau elevado e máximo

Relativamente ao grau de implementação das ações de prevenção e controlo previstas, e após apuramento junto dos diretores, coordenadores e responsáveis das Unidades Orgânicas / Áreas de risco onde essas situações de risco de grau elevado e máximo se encontram identificadas, verifica-se, no global, um grau de implementação de 58,9%:

Áreas / UO	Riscos Nível Elevado e Máx.	Ações prv./ctrl.	Totalm. Implem.	Em fase Implem.	Não Implem.	Grau de Implem. (%)	Var. grau Implem. n-1 (p.p.)
Comunicação e Imagem	1	1	-	1	-	0,0	0,0
Planeamento e Controlo	3	10	8	1	1	80,0	n.a.
Apoio Geral e Transportes	2	3	1	-	2	33,3	-16,7
Auditoria Interna	1	3	-	2	1	0,0	n.a.
Compras e Logística	12	37	25	12	-	67,6	27,6
Farmácia	1	8	7	-	1	87,5	n.a.
Contabilidade e Gestão Financeira	3	11	2	5	4	18,2	1,5
Total	23	73	43	21	9	58,9	23,6

Tabela 3 – Grau de implementação das ações de prevenção e controlo por unidade orgânica/área com situações de risco de nível elevado e máximo

Antes de proceder-se à análise dos desvios, comparativamente com os dados presentes no anterior relatório intercalar, produzido em outubro de 2024, importa salientar que decorrente da revisão do PPRGCIC, ocorrida no final de 2024, verificaram-se alterações, nomeadamente, na identificação de situações de risco previstas classificadas de grau elevado e máximo e, por sua vez, na identificação de ações de prevenção e controlo.

Áreas / UO	Riscos Nível Elevado e Máx. 2024	Riscos Nível Elevado e Máx. 2025	Var. Riscos Elevado e Máx 25/24 (%)	Ações prv./ctrl. 2024	Ações prv./ctrl. 2025	Var. Ações Riscos Elevado e Máx 25/24 (%)
Comunicação e Imagem	1	1	0,0	1	1	0,0
Planeamento e Controlo	0	3	100,0	0	10	100,0
Apoio Geral e Transportes	1	2	100,0	2	3	50,0
Auditoria Interna	0	1	100,0	0	3	100,0
Compras e Logística	11	12	40,0	25	37	48,0
Farmácia	0	1	100,0	0	8	100,0
Contabilidade e Gestão Financeira	2	3	50,0	6	11	83,3
Total	15	23	53,3	34	73	114,7

Tabela 4 – Variação, face ao período homólogo, das situações de risco classificadas com nível elevado e máximo e das ações de prevenção e controlo por unidade orgânica/área

Conforme se verifica na tabela n.º 4, observa-se um aumento de 53,3% (+8 riscos) no número de situações de risco classificadas como de nível elevado ou máximo, bem como um acréscimo de 114,7% (+39 ações) nas ações de prevenção e controlo identificadas para fazer face a essas mesmas situações de risco, em comparação com o com o período homólogo.

Assim, comparativamente com o grau de implementação verificado no relatório de avaliação intercalar anterior, verifica-se um aumento de 23,6 pontos percentuais, influenciado, essencialmente, pelo aumento de ações de prevenção / controlo implementadas pela área de Compras e Logística (+27,6%).

Assim, no global, em resultado da avaliação intercalar realizada às ações de prevenção e controlo identificadas relativas aos riscos de grau elevado ou máximo, observa-se que atualmente:

- 58,9% das ações encontram-se totalmente implementadas (43 ações);
- 28,8% das ações encontram-se em fase de implementação (21 ações);
- 12,3% das ações encontram-se por implementar e sem previsão de implementação (9 ações).

No sentido de promover uma análise pormenorizada, o Serviço de Auditoria Interna articulou-se junto dos diretores, coordenadores e responsáveis das áreas onde as situações de risco de grau elevado se encontram identificadas, no sentido de compreender o estado das ações de prevenção e controlo não implementadas, designadamente, a data prevista para implementação das ações *“em fase de implementação”* e, por sua vez, a justificação para não implementação das ações com o estado *“não implementadas”*.

Os resultados da presente análise encontram-se refletidos nas seguintes tabelas:

a) RISCOS DE GRAU ELEVADO OU MÁXIMO - COMUNICAÇÃO E IMAGEM

Atividade/ função/ processo	Descrição do risco	Grau do risco	Ações de prevenção e controlo	Grau de implem.	Data prevista de implementação	Justificação p/ não implementação
Gestão de crise	Ocorrência de facto interno causador de dano/ prejudicial à imagem externa e interna da Instituição		Elaboração de estratégia de gestão de crise reputacional		31-12-2025	n.a.

b) RISCOS DE GRAU ELEVADO OU MÁXIMO -- PLANEAMENTO E CONTROLO

Atividade/ função/ processo	Descrição do risco	Grau do risco	Ações de prevenção e controlo	Grau de implem.	Data prevista de implementação	Justificação p/ não implementação
Planeamento e Controlo	Incumprimento do Contrato-programa devido a:		Participação no processo de contratualização interna e externa		n.a.	n.a.
	- Desalinhamento entre os objetivos estratégicos e as metas contratualizadas;		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		n.a.	n.a.
	- Metas e objetivos desajustados;		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		n.a.	n.a.
	- Ineficiente consolidação das metas;		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		n.a.	n.a.
	- Não deteção dos desvios face às metas contratualizadas;					
	- Afetação de recursos desajustada.					
	Produção realizada sem qualquer registo informático/ incorretamente registada/ não registada em tempo útil		Promoção de reuniões multidisciplinares entre as áreas do planeamento, admissão de doentes, faturação, informática e codificação		n.a.	É objetivo do departamento promover a realização das referidas reuniões multidisciplinares, contudo, devido à

	clínica, no sentido de rastrear e mitigar a eventualidade destas situações		necessidade de recursos no departamento e, ainda, devido às demais reestruturações ocorridas em outros departamentos, à data de hoje não é possível prever o início deste procedimento
Projetos de investimento		Manutenção de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividade/produção	n.a.
		Alargar o âmbito de cruzamento de informação entre os diversos aplicativos	n.a.
		Identificação dos responsáveis pela execução de cada tarefa associada ao projeto	n.a.
		Comunicação atempada dos projetos de investimento alvo de financiamento ao Serviço de Compras e Logística e Serviço de Gestão Financeira	n.a.
	Incumprimento dos prazos de execução/ subaproveitamento das verbas disponíveis	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	n.a.

c) RISCOS DE GRAU ELEVADO OU MÁXIMO - APOIO GERAL E TRANSPORTES

Atividade/ função/ processo	Descrição do risco	Grau do risco	Ações de prevenção e controlo	Grau de implem.	Data prevista de implementação	Justificação p/ não implementação
Limpeza e higienização; Segurança e Vigilância; Gestão de Resíduos; Gestão de Roupa; Desinfestação/ Controlo de Pragas	Desaparecimento de roupa/ fardamento hospitalar		Implementação de medidas de autoinspeção de todos os têxteis que saem das instalações da ULS do Nordeste (ex: RFID)		n.a.	O Sistema de Gestão de Frota está identificado como uma das intensões de investimento assumidas pelo Órgão de Gestão, no âmbito do processo de modernização e transição digital, para o horizonte 2030.
Gestão da frota automóvel	Utilização indevida das viaturas para fins privados		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		n.a. n.a.	O Sistema de Gestão de Frota está identificado como uma das intensões de investimento assumidas pelo Órgão de Gestão, no âmbito do processo de modernização e transição digital, para o horizonte 2030.

d) RISCOS DE GRAU ELEVADO OU MÁXIMO – AUDITORIA INTERNA

Atividade/ função/ processo	Descrição do risco	Grau do risco	Ações de prevenção e controlo	Grau de implem.	Data prevista de implementação	Justificação p/ não implementação
Sistema de comunicação de irregularidades	Situções irregulares ocorridas não comunicadas/ comunicadas através de canais diferentes dos previstos, não havendo assim garantia de confidencialidade		Implementação/atualização do Regulamento de Comunicação de Irregularidades, promovendo ainda a sua divulgação quer internamente, quer externamente		30/06/2026	n.a.
			Divulgação interna dos canais de comunicação de irregularidades, designadamente num lugar bem visível e com destaque (página principal da intranet)		30/06/2026	n.a.
			Sensibilização e articulação no sentido de implementação de uma política/programa de formação e comunicação para a integridade de dirigentes e demais colaboradores da ULSNE, 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		n.a.	A área da formação encontra-se sensibilizada quanto à necessidade de implementação da ação em apreço, contudo, ainda existe a necessidade de revisão e implementação da política de integração de novos profissionais em toda a extensão da Instituição.

e) RISCOS DE GRAU ELEVADO OU MÁXIMO - COMPRAS E LOGÍSTICA

Atividade/ função/ processo	Descrição do risco	Grau do risco	Ações de prevenção e controlo	Grau de implern.	Data prevista de implementação	Justificação p/ não implementação
Planeamento de Compras de Bens e Serviços	Inexistência de previsão orçamental para a aquisição de bens/ serviços		Elaboração oportuna de um plano anual de compras, aprovado pelo CA, com base nos planos de atividades (contratualização interna) dos diversos serviços		31/12/2026	n.a.
	Estimativas de custos desajustadas		Emissão de pedidos para autorização de compras ao CA, devidamente justificados, acompanhados de análise custo-benefício		31/12/2025	n.a.
			Projeções com base em histórico de aquisições anteriores		n.a.	n.a.
	Fragmentação da despesa, nomeadamente de investimentos e obras		Preparação e elaboração dos procedimentos com base no Plano Plurianual de Investimentos, oportunamente aprovado pelo CA		n.a.	n.a.
Gestão de compras	Flutuações/ Instabilidade do Mercado		Aquisição de competências necessárias para pesquisa constante de alternativas		31/12/2026	n.a.
	Inexistência de gestão/controlo do processo de compras eficaz, originando situações não conformes, tais como:		Implementação/atualização de um Manual de Procedimentos do Serviço, onde conste, nomeadamente, todas as alterações legais e normativos referentes à Contratação Pública		31/12/2025	n.a.
	- Inexistência de critérios/ falha na verificação e certificação dos procedimentos pré-contratuais;		Zelar pelo cumprimento da legislação aplicável		n.a.	n.a.
	- Promoção de ajuste direto sem justificação para tal;					
	- Não publicação dos contratos no portal dos contratos públicos;		Aquisição e desenvolvimento de competências necessárias para efetuar todas as tarefas inerentes ao procedimento		31/12/2026	n.a.
	- Elevada dependência de um determinado fornecedor;		Pesquisa de mercado de produtos/fornecedores que satisfaçam as necessidades e ao melhor preço (eficiência da compra)		n.a.	n.a.
	- Especificação de produtos com intuito de ser dirigido a um determinado fornecedor;		Promover a concorrência através da consulta a mais do que um concorrente		n.a.	n.a.
	- Falta de convite a novos fornecedores;		Evitar qualquer tipo de especificação, designadamente no que refere à inclusão de		n.a.	n.a.
	- Prestação de informação privilegiada a fornecedores;					
	- Aceitação de propostas fora de prazo.					

Relatório de Avaliação Intercalar do PPRGCIC – Out/2025

Armazenagem (Existências)	Acesso indevido aos armazéns e desvio de materiais ou retenção indevida	Realização de inventários periódicos aos armazéns, com justificação de diferenças significativas		n.a.	n.a.
		Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente		n.a.	n.a.
		Dificultar acesso a bens "apetecíveis"		31/12/2026	n.a.
		Restrição do acesso aos armazéns a pessoal não autorizado		31/12/2026	n.a.
		Implementação de câmaras de segurança		31/12/2026	n.a.
Verificação do Material no ato da Receção de Encomendas (Imobilizados)	Receção não controlada física e qualitativamente	Assegurar a efetiva segregação de funções entre quem encomenda e as receciona		n.a.	n.a.
		Assegurar que as encomendas são conferidas e validadas pelo Gestor do Contrato ou por alguém em quem ele delegue		n.a.	n.a.
		Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente		n.a.	n.a.
		Promover a rotatividade de Colaboradores evitando situações de conluio com fornecedores ou colegas		n.a.	n.a.
Utilização de Bens Públicos (Imobilizados)	Apropriação e/ou utilização indevida de bens públicos, nomeadamente para fins privados; Desvios de bens	Manter atualizado os procedimentos relativos à gestão do imobilizado da ULSNE		n.a.	n.a.
		Implementação de uma nova aplicação de Gestão de Imobilizado		31/12/2026	n.a.
		Envolvimento e responsabilização dos serviços pela salvaguarda e utilização dos bens atribuídos		n.a.	n.a.
Transferências de bens (Imobilizados)	Transferências indevidas ou sem autorização do CA	Desenvolver mecanismos de melhor rastreabilidade dos bens do imobilizado		n.a.	n.a.
		Manter atualizado os procedimentos relativos à gestão do imobilizado da ULSNE		n.a.	n.a.

f) RISCOS DE GRAU ELEVADO OU MÁXIMO - FARMÁCIA

Atividade/ função/ processo	Descrição do risco	Grau do risco	Ações de prevenção e controlo	Grau de implem.	Data prevista de implementação	Justificação p/ não implementação
Gestão de Existências			Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente	●	n.a.	n.a.
			Realização de inventários periódicos aos armazéns, com justificação de diferenças significativas	●	n.a.	n.a.
			Dificultar acesso a bens "apetecíveis"	●	n.a.	n.a.
			Controlo de acesso nas áreas de armazenagem	●	n.a.	n.a.
	Desvio/ utilização indevida de produtos farmacêuticos	●	Restrição do acesso aos armazéns a pessoal não autorizado	●	n.a.	n.a.
			Implementação de câmaras de segurança	●	n.a.	A referida ação encontra-se sinalizada, inclusive, junto do Órgão de Gestão, como uma necessidade de investimento com prioridade urgente para o Serviço
			Zelar pelos princípios éticos, de conduta profissional, de interesse público, atuando com elevado espírito de missão e de prossecução do bem comum	●	n.a.	n.a.
			Registrar todas as inutilizações de produtos farmacêuticos e autorizações de abates do CA	●	n.a.	n.a.

g) RISCOS DE GRAU ELEVADO OU MÁXIMO - CONTABILIDADE E GESTÃO FINANCEIRA

Atividade/ função/ processo	Descrição do risco	Grau do risco	Ações de prevenção e controlo	Grau de implem.	Data prevista de implementação	Justificação p/ não implementação
Rendimentos e Contas a Receber	Atos clínicos não faturados/ faturados incorretamente		Unificação/integração do sistema de faturação dos CSP (14) e Saúde Pública (1) com os Hospitalares (1)		n.a.	O desenvolvimento de um sistema integrado que garanta o registo da atividade, faturação e, consequente, monitorização e controlo é um objetivo alinhado com as linhas estratégicas da ULSNE, contudo, o mesmo depende de um conjunto de desenvolvimentos por parte da tutela.
			Relatórios Trimestrais da Unidade de Faturação		n.a.	Necessidade de promoção quanto à designação do coordenador da Unidade de faturação, revisão do regulamento interno do departamento e, por sua vez, a revisão do manual de procedimentos
			Implementação de procedimentos que garantam a obtenção de erros limitativos à faturação		01-01-2026	n.a.
			Assegurar a identificação da natureza da despesa e respetiva classificação contabilística		30-06-2026	n.a.
Pagamentos e Contas a Pagar			Conferência mensal de contas de fornecedores e outros credores		01-01-2026	n.a.
	Despesa não registada, mal classificada ou registada em períodos e/ou com valores incorretos		Definição das atribuições e responsabilidades dos colaboradores do Serviço, contemplando uma adequada segregação de funções (coordenador)		n.a.	Necessidade de promoção quanto à designação do coordenador da Unidade de Contabilidade, revisão do regulamento interno do departamento e, por sua vez, a revisão do manual de procedimentos. Outro aspeto que tem dificultado a implementação da ação, diz respeito ao absentismo, nomeadamente, à ausência prolongada de trabalhadores do departamento por doença.
			Circularização periódica de fornecedores e outros credores		01-01-2026	n.a.

Incumprimento dos prazos de pagamento	Implementação/ revisão de um Plano/Política de Pagamentos a Fornecedores, garantindo o cumprimento dos prazos acordados, adequados à disponibilidade de tesouraria	01-01-2026	n.a.
	Análise das antiguidades de saldos a fornecedores	n.a.	n.a.
	Cumprimento das cláusulas contratuais sobre condições de pagamento	n.a.	Disponibilidade de tesouraria e Redução do défice orçamental
	Implementação de um mecanismo de controlo de faturas por pagar, de modo a evitar pagamentos em atraso e pagamentos de juros	n.a.	n.a.

7. Conclusões

A presente avaliação intercalar incidiu na análise das ações de prevenção e controlo identificadas no PPRGCIC associadas a atividades / funções / processos classificadas com um grau de risco elevado e máximo, procurando apurar o respetivo grau de implementação no sentido de reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos e situações identificadas.

Conforme previsto no Regime Geral de Prevenção da Corrupção, a presente avaliação intercalar reveste-se de maior importância para o controle da implementação das medidas de prevenção e para a própria finalidade do PPRGCIC enquanto instrumento de prevenção de riscos de gestão e corrupção.

No entanto, conforme verificado no decorrer da presente análise, a plenitude de implementação das ações de prevenção e controlo ainda se encontra por concretizar. No total de situações de risco elevado e máximo identificados no Plano, verifica-se que 58,9% (43 ações) das ações encontram-se totalmente implementadas, 28,8% (21 ações) das ações encontram-se em fase de implementação e 12,3% (9 ações) das ações ainda se encontram por implementar.

Conforme foi apurado junto dos diretores, coordenadores e responsáveis das respetivas Unidades Orgânicas / Áreas de Riscos, são mencionados um conjunto de constrangimentos onde se incluem, nomeadamente, a falta de recursos e de investimentos como razão pela não implementação das ações de prevenção e controlo previstas.

8. Recomendações

Devido à constante emergência de novos fatores de risco, o processo de Gestão de Riscos é um trabalho permanente e dinâmico, devendo ser periodicamente revisto e atualizado, contribuindo assim para o seu aperfeiçoamento contínuo.

Atendendo ao exposto no presente Relatório de Avaliação Intercalar, e tendo em vista a melhoria do Plano e do seu processo de monitorização, recomenda-se a aplicação das seguintes medidas:

- Os membros do Conselho de Administração e os demais responsáveis das diversas unidades orgânicas devem manter uma contribuição ativa no âmbito do Plano, designadamente na identificação de novos riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas, propor novas ações de prevenção e controlo e rever as ações de prevenção e controlo de risco já identificadas;
- A promoção de ações de formação, divulgação, reflexão e esclarecimento do PPRGCIC junto de todos profissionais da ULS do Nordeste, no sentido de contribuírem para uma cultura de prevenção de riscos;
- A divulgação do formulário “*Comunicação de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas da ULSNE, E.P.E.*” presente da *intranet* da Instituição, com o objetivo de participação de todos os colaboradores na identificação e comunicação de forma sistemática de potenciais situações de risco inerentes à atividade que desenvolvem;
- A submissão do presente relatório de avaliação intercalar à Tutela, aos serviços de inspeção da respetiva área governativa, bem como ao Mecanismo Nacional de Anticorrupção;
- A divulgação do presente relatório de avaliação intercalar na *Intranet* e na página eletrónica da ULS do Nordeste.

Por fim, o Serviço de Auditoria pretende garantir o contínuo acompanhamento das medidas de prevenção e controlo desenvolvidas pelas respetivas unidades orgânicas da ULS do Nordeste, nomeadamente, nas situações de risco elevado e máximo, sendo ainda objetivo comum o reforço contínuo dos esforços para assegurar o desenvolvimento e a implementação dessas medidas de forma a garantir o integral cumprimento do Plano.

O Auditor Interno





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
NORDESTE



REPÚBLICA
PORTUGUESA
Saúde



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE