



Unidade Local de Saúde
de Castelo Branco, EPE

| | |
|---|---------------------|
| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | PG.06.01 |
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS | Edição n.º 01 |
| | Revisão: 31/07/2012 |

ÍNDICE

| | <u>Pág.</u> |
|--|--------------------|
| Abreviaturas | 1 |
| 1. Enquadramento | 2 |
| 1.1. Caracterização da ULSCB | 2 |
| 1.2. Missão | 4 |
| 1.3. Composição, Organização e Funcionamento | 4 |
| 1.4. Estrutura organizacional e organograma da ULSCB | 8 |
| 2. Padrões e Valores da ULSCB | 9 |
| 3. Identificação e avaliação do risco geral, comum aos diferentes serviços da ULSCB | 9 |
| 3.1. Delegação de competências. | 9 |
| 3.2. Acumulação de funções públicas/publicas/privadas | 10 |
| 3.3. Relações inter-pares ou de hierarquia | 11 |
| 3.4. Conflito de interesses | 11 |
| 3.5. Ofertas | 12 |
| 3.6. Dever de sigilo | 12 |
| 3.7. Favorecimento | 13 |
| 4. Identificação dos riscos por área, quantificação da sua frequência e medidas preventivas | 13 |
| 4.1. Contratação pública | 14 |
| 4.2. Recursos Humanos | 19 |
| 4.3. Gestão Financeira | 21 |
| 4.4. Sistemas de Informação | 24 |
| 5. Implementação, responsabilização e reavaliação do plano | 25 |
| 6. Monitorização do Plano | 25 |

ABREVIATURAS

AAD – Área de Admissão de Doentes
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
ARS – Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.
CA – Conselho de Administração
CCA – Conselho Coordenador de Avaliação
CPC – Conselho de Prevenção da Corrupção
SF – Serviço Financeiro
SRH – Serviço de Recursos Humanos
UCL – Unidade de Compras e Logística
UIE – Unidade de Instalações e Equipamentos
ULSCB – Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
USI – Unidade de Sistemas de Informação

| | | |
|--|-------------------------|---|
| Elaborado: Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | Revisto: | Aprovado: Conselho de Administração |
|--|-------------------------|---|

| | |
|--|---------------------|
| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | PG.06.01 |
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | Edição n.º 01 |
| | Revisão: 31/07/2012 |

1. Enquadramento

Através do presente documento pretende-se observar e institucionalizar um conjunto de regras, normas e procedimentos cumprindo as Recomendações 01/2009 de 01.07 e 01/2010 de 7.04 aprovadas pelo Conselho de Prevenção da Corrupção e enunciadas ao abrigo da Lei 54/2008 de 04.09, considerando a necessidade da ULSCB dispor de um Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infracções Conexas.

É neste enquadramento que a Unidade Local de Saúde, EPE (ULSCB) elabora e apresenta o seu Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infracções Conexas, constituído pelos seguintes capítulos:

1. Enquadramento
2. Padrões e Valores da ULSCB.
3. Identificação e Avaliação do Risco Geral, comum aos diferentes serviços da ULSCB
4. Identificação e Avaliação do Risco por Área, de Serviços mais sensíveis
5. Monitorização do Plano

1.1. Caracterização da ULSCB

A ULSCB é uma pessoa colectiva de direito público de natureza empresarial subordinada ao Regime Jurídico do Sector Empresarial do Estado, criada pelo DL. 318/2009 de 02.11 e dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, por integração do Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco (HAL), e dos agrupamentos de Centros de Saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul, que incluem os seguintes Centros de Saúde: Castelo Branco; Idanha-a-Nova; Penamacor; Vila Velha de Ródão; Oleiros; Proença-a-Nova; Sertã e Vila de Rei.

De acordo com o Decreto-Lei da sua criação a ULSCB iniciou a sua actividade enquanto entidade pública empresarial em 01.01.2010, estando a sua sede sita na Avenida Pedro Álvares Cabral, em Castelo Branco.

As atribuições da ULSCB constam do seu regulamento interno e são fixadas de acordo com a política de saúde a nível nacional e regional e com os planos estratégicos superiormente aprovados, sendo desenvolvidas através de contratos-programa, em articulação com as atribuições das demais instituições do serviço nacional de saúde.

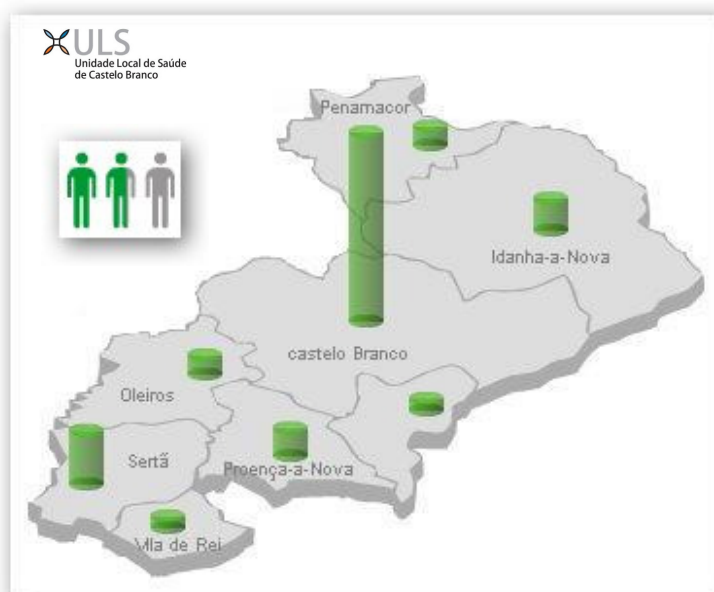
A ULS-CB tem por objecto principal a prestação de cuidados de saúde primários, secundários e continuados à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ela

| | | |
|--|-----------------|---|
| Elaborado: Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | Revisto: | Aprovado: Conselho de Administração |
|--|-----------------|---|

| | |
|--|---------------------|
| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | PG.06.01 |
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | Edição n.º 01 |
| | Revisão: 31/07/2012 |

contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral, bem como assegurar as actividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida.

A área de influência da ULSCB corresponde aos concelhos de Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Oleiros, Penamacor, Proença-a-Nova, Sertã, Vila de Rei e Vila Velha de Ródão.



População residente (habitantes)

- Castelo Branco – 56.033 h
- Idanha-a-Nova – 9.597 h
- Oleiros – 5.702 h
- Penamacor – 5.652 h
- Proença-a-Nova – 8.263 h
- Sertã – 15.927 h
- Vila de Rei – 3.449 h
- Vila Velha de Ródão – 3.579 h

Fonte: INE – Censos 2011

Os estabelecimentos de saúde que compõem a ULS são os seguintes:

- Centro de Saúde de Castelo Branco: S. Miguel e S. Tiago;
- Centro de Saúde de Idanha-a-Nova;
- Centro de Saúde de Oleiros;
- Centro de Saúde de Penamacor;
- Centro de Saúde de Proença-a-Nova;
- Centro de Saúde da Sertã;
- Centro de Saúde de Vila de Rei;
- Centro de Saúde de Vila Velha de Ródão;
- Hospital Amato Lusitano.

| | | |
|---|-----------------|---------------------------|
| Elaborado: | Revisto: | Aprovado: |
| Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | | Conselho de Administração |

| | |
|---|---------------------|
| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | PG.06.01 |
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS | Edição n.º 01 |
| | Revisão: 31/07/2012 |

| | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| Aces – Pinhal Interior Sul (PIS) | ■ |
| Aces – Beira Interior Sul (BIS) | ■ |



1.2. Missão

A ULSCB tem como missão a promoção da saúde, a prevenção da doença e a prestação de cuidados de saúde diferenciados e especializados, prestados de forma abrangente, personalizada e integrada e administrados em tempo útil com qualidade e equidade, dando execução às políticas superiormente definidas e aos respectivos planos estratégicos, tendo sempre em conta a respectiva adaptabilidade às necessidades regionais e locais.

Tem ainda como missão participar na formação de novos profissionais de saúde, actualizar os conhecimentos daqueles que se encontram em funções nas várias instituições e serviços e desenvolver directa ou indirectamente projectos de investigação clínica e científica, individualmente ou em colaboração com a Universidade da Beira Interior – UBI.

1.3. Composição, Organização e Funcionamento

1 - São Órgãos Sociais da ULSCB:

- a) O Conselho de Administração
- b) O Fiscal Único
- c) O Conselho Consultivo

2 - São Gabinetes de suporte ao Conselho de Administração da ULSCB, os seguintes:

| | | |
|--|-----------------|---|
| Elaborado: Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | Revisto: | Aprovado: Conselho de Administração |
|--|-----------------|---|

| | |
|--|---------------------|
| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | PG.06.01 |
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | Edição n.º 01 |
| | Revisão: 31/07/2012 |

- a) Gabinete de Auditoria Interna
- b) Gabinete de Comunicação e Imagem
- c) Gabinete Jurídico
- d) Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão
- e) Gabinete de Qualidade e Utente
- f) Gabinete de Secretariado

3 - São, Comissões de Apoio Técnico da ULSCB as seguintes:

- a) Ética
- b) Qualidade e Segurança do Utente
- c) Controlo da Infecção
- d) Farmácia e Terapêutica
- e) Coordenação Oncológica
- f) Certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez
- g) Coordenação Médica
- h) Coordenação de Enfermagem
- i) Coordenação de Tecnologias da Saúde
- j) Saúde Materna, da Criança e do Adolescente
- k) Normalização de Consumos
- l) Comissão Mista Permanente
- m) Direcção do Internato Médico
- n) Comissão de Colheita e Transplante de Órgãos
- o) Comissão Paritária

4 – São Órgãos de Prestação de Cuidados:

- a) UGI de Saúde Familiar e Comunitária da Beira Interior Sul (UGIBIS), integrando;
 - Centro de Saúde de Castelo Branco
 - Centro de Saúde de Idanha-a-Nova
 - Centro de Saúde de Penamacor
 - Centro de Saúde de Vila Velha de Ródão
- b) UGI de Saúde Familiar e Comunitária do Pinhal Interior Sul (UGIPIS), integrando;
 - Centro de Saúde de Oleiros
 - Centro de Saúde de Proença-a-Nova
 - Centro de Saúde da Sertã

| | | |
|---|-----------------|---------------------------|
| Elaborado: | Revisto: | Aprovado: |
| Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | | Conselho de Administração |



Unidade Local de Saúde
de Castelo Branco, EPE

| | |
|--|---------------------|
| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | PG.06.01 |
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | Edição n.º 01 |
| | Revisão: 31/07/2012 |

- Centro de Saúde de Vila de Rei.

c) UGI de Cirurgia (UGICIR), integrando;

- Serviço de Cirurgia Geral
- Serviço de Estomatologia
- Serviço de Ortopedia
- Serviço de Otorrinolaringologia
- Serviço de Oftalmologia
- Serviço de Urologia
- Serviço de Anestesiologia e Reanimação

d) UGI de Medicina (UGIMED), integrando;

- Serviço de Cardiologia
- Serviço de Dermatologia
- Serviço de Gastrenterologia
- Serviço de Imunoalergologia
- Serviço de Medicina Interna
- Serviço de Medicina Paliativa
- Serviço de Nefrologia
- Serviço de Neurologia
- Serviço de Pneumologia
- Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

e) UGI de Mulher e Criança (UGIMEC), integrando;

- Serviço de Ginecologia/Obstetrícia
- Serviço de Pediatria e Desenvolvimento
- Serviço de Pedopsiquiatria

f) UGI de Urgência e Intensivismo (UGIUI), integrando;

- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
- Serviço de Medicina Intensiva e Acidentes Vasculares

5 – São Centros de Prestação de Cuidados:

a) Centro de Ambulatório;

- Unidade de Bloco de Ambulatório
- Unidade de Consulta Externa
- Unidade de Diálise
- Unidade de Hospital de Dia Polivalente

| | | |
|--|-----------------|---|
| Elaborado: Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | Revisto: | Aprovado: Conselho de Administração |
|--|-----------------|---|

| | |
|--|---------------------|
| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | PG.06.01 |
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | Edição n.º 01 |
| | Revisão: 31/07/2012 |

- Unidade de Técnicas Especiais

b) - Centro de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT);

- Serviço de Anatomia Patológica

- Serviço de Imagiologia

- Serviço de Imunohemoterapia

- Serviço de Medicina Física e Reabilitação

- Serviço de Patologia Clínica

6 - São, Centro, Serviços e Unidades Funcionais de suporte à prestação de cuidados os seguintes:

a) Centro de Recursos Assistenciais Partilhados, que integra as seguintes Unidades:

i) Unidade de Assistência Espiritual e Religiosa

ii) Unidade de Nutrição e Dietética

iii) Unidade de Psicologia

iv) Unidade de Saúde Oral

v) Unidade Social

b) Serviço Farmacêutico.

c) Serviço de Informação e Codificação Clínica.

7 – Órgãos de gestão e logística;

a) Centro de Operações e Logística:

i) Unidade de Compras e Logística

ii) Unidade de Esterilização

iii) Unidade Hoteleira e Apoio Geral

iv) Unidade de Transportes

v) Unidade de Instalações e Equipamentos

vi) Unidade de Segurança, Higiene e Risco Geral

vii) Unidade de Sistemas de Informação

b) Serviços Financeiros.

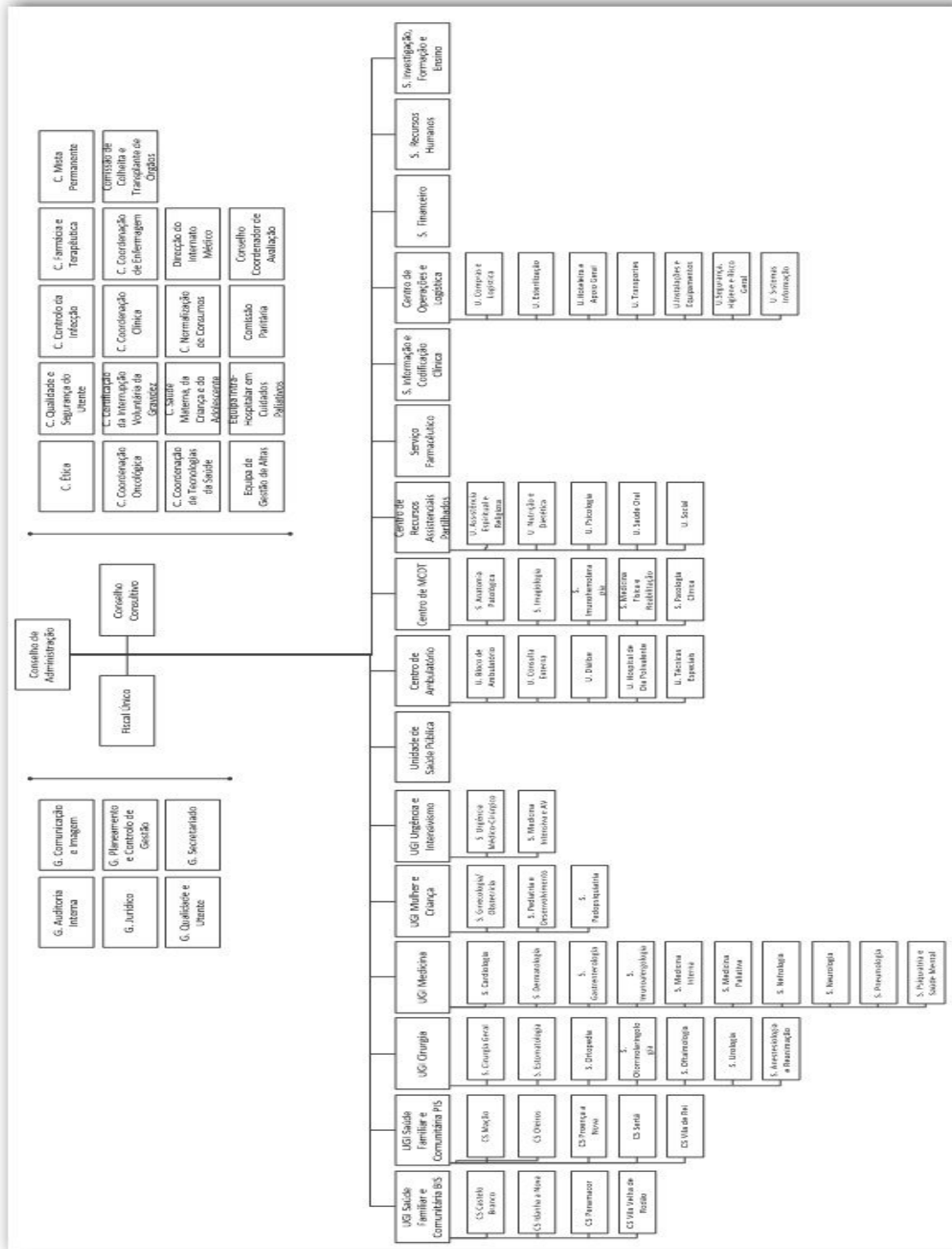
c) Serviço de Recursos Humanos.

d) Serviço de Investigação, Formação e Ensino.

| | | |
|--|-----------------|---|
| Elaborado: Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | Revisto: | Aprovado: Conselho de Administração |
|--|-----------------|---|

| | |
|---|---------------------|
| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | PG.06.01 |
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS | Edição n.º 01 |
| | Revisão: 31/07/2012 |

1.4. Estrutura organizacional e organograma da ULSCB



| | | |
|--|-----------------|---|
| Elaborado: Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | Revisto: | Aprovado: Conselho de Administração |
|--|-----------------|---|

| | |
|--|---------------------|
| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | PG.06.01 |
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | Edição n.º 01 |
| | Revisão: 31/07/2012 |

2. Padrões e Valores da ULSCB

No contexto da prevenção dos riscos de corrupção, os cidadãos servidos pela ULSCB esperam que todos os seus trabalhadores actuem na defesa do interesse público, administrando os recursos disponíveis, de forma adequada, ao dispor da instituição. A prestação de cuidados de saúde, tarefa primeira da ULSCB e, toda a sua actividade administrativa deve ser exercida com ética, lealdade e zelo, de modo a inspirar confiança em todos os agentes, de forma particular, na sociedade civil.

Para alcançar este desiderato, a actuação da ULSCB deve estar sustentada e alicerçada em valores e padrões de comportamento considerados fundamentais no desenvolvimento da sua actividade, devendo ser reconhecidos entre muitos outros, como principais:

- A Imparcialidade.
- A Legalidade.
- A Eficiência e qualidade no atendimento e tratamento.
- A Transparência.
- A Responsabilidade.
- A Igualdade de tratamento e a equidade no tratamento.
- A Ética na actuação e comportamento.
- O Espírito de colaboração.
- A Boa-fé.
- O Compromisso ambiental.

As melhores práticas delineadas no sentido do bem comum, impulsionado pela defesa dos valores norteadores do ser humano e da honestidade ética, material e formal necessária nas relações entre o doente e o profissional e entre este e a instituição, configuram a realidade que deve subjazer ao longo do longo percurso a percorrer para implementar todas as medidas preventivas, de forma a evitar ou minimizar as situações potencialmente geradoras de riscos de corrupção e infracções conexas que possam manifestar-se na ULSCB

3. Identificação dos riscos, comuns aos diferentes serviços da ULSCB

3.1. Delegação de competências.

Riscos identificados

- Abuso de autoridade delegada.
- Exercício indevido de autoridade delegada.

| | | |
|--|-----------------|---|
| Elaborado: Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | Revisto: | Aprovado: Conselho de Administração |
|--|-----------------|---|

| | |
|--|---------------------|
| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | PG.06.01 |
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | Edição n.º 01 |
| | Revisão: 31/07/2012 |

Medidas adoptadas

- Publicação em Diário da República de todas as delegações e subdelegações de competências.
- Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais.

Medidas a adoptar

- Identificação e datação das decisões tomadas sob delegação e subdelegação de competências nos documentos onde seja emitido despacho ao abrigo dessa qualidade.
- Disponibilização na intranet das delegações e subdelegações de competências.

3.2. Acumulação de funções públicas/publicas/privadas

Riscos identificados

- Utilização de recursos públicos no exercício da actividade privada.
- Exercício de actividades acumuladas não autorizadas.
- Exercício de actividade pública e ou privada acumulada durante o horário de trabalho, ou com sobreposição parcial.
- Comprometimento da isenção e da imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas.
- Inexistência de declaração de conflitos de interesse ou não cessação imediata das funções em caso superveniente deste.
- Tratamento privilegiado na sua concessão.

Medidas adoptadas

- Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções nos termos definidos no artigo 29º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro.
- Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais.

Medidas a adoptar

- Obrigatoriedade de apresentação ou renovação anual (respectivamente, Outubro ou Dezembro de cada ano) de pedido de acumulação de funções.
- Controlar regularmente e aleatoriamente os pedidos autorizados de acumulação de funções, no sentido de verificar a sua actualidade e abrangência.

| | | |
|--|-----------------|---|
| Elaborado: Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | Revisto: | Aprovado: Conselho de Administração |
|--|-----------------|---|

| | |
|--|---------------------|
| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | PG.06.01 |
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | Edição n.º 01 |
| | Revisão: 31/07/2012 |

3.3. Relações inter-pares ou de hierarquia

Riscos identificados

- Avaliações de desempenho irregulares, pouco transparentes, com falta de fundamentação, favorecendo ou prejudicando trabalhadores.
- Tomada de medidas lesivas contra os trabalhadores que reportem actos de corrupção, de má conduta ou violação dos deveres profissionais.

Medidas adoptadas

- Existência de uma estrutura hierarquizada.
- Definição legal das responsabilidades de dirigentes e chefias.
- Existência de sanções em caso de violação do dever de obediência e lealdade.
- Existência de mecanismos institucionais para os trabalhadores reportarem ao CA eventuais actos de corrupção ou práticas ilegais.

Medidas a adoptar

- Criar um sistema de denúncia de casos ou situações de corrupção ou de má administração interna.
- Realizar auditorias regulares internas no âmbito dos serviços e processos administrativos expostos a maiores riscos de corrupção.

3.4. Conflito de interesses

Riscos identificados

- Tratamento privilegiado de pessoa ou pessoas.
- Favorecimento de concorrente a procedimento, no qual o dirigente, chefia ou trabalhador, seu familiar ou amigo tenha algum interesse na adjudicação, execução do contrato, na tramitação do processo ou na tomada da decisão.
- Prejuízo de uma pessoa na tramitação de processos, na tomada de decisão ou na execução do contrato.

Medidas adoptadas

- Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais.
- Existência de uma estrutura hierarquizada com vários níveis de decisão.

| | | |
|--|-----------------|---|
| Elaborado: Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | Revisto: | Aprovado: Conselho de Administração |
|--|-----------------|---|

| | |
|--|---------------------|
| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | PG.06.01 |
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | Edição n.º 01 |
| | Revisão: 31/07/2012 |

Medidas a adoptar

- Existência de regime legal de incompatibilidades.

3.5. Ofertas

Riscos identificados

- Influência junto do dirigente, chefia ou trabalhador para concessão de tratamento de favor ou ignorar disposições regulamentares.
- Percepção pela opinião pública de que os dirigentes, chefias e trabalhadores da ULSCB estão abertos à influência ou que a eficácia e eficiência, no tratamento de processos, está dependente de ofertas ou contrapartidas.
- Suspeita de decisões, serem tomadas de forma parcial, influenciadas pelo recebimento de ofertas, contrapartidas ou favores.

Medidas adoptadas

- Existência de mecanismos legais para prevenção e repressão em caso de incumprimento.
- Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais.

Medidas a adoptar

- Proibição dos trabalhadores e colaboradores da ULSCB, pedirem ou aceitarem dádivas, ofertas, contrapartidas, favores e ou outros benefícios, com excepção da aceitação de pequenas ofertas de valor simbólico e ou sentimental e custo muito reduzido.
- Definir procedimentos a serem observados no caso de recebimento de ofertas.

3.6. Dever de sigilo

Riscos identificados

- Divulgação, de informação interna ou confidencial e, que por isso, não deva ser tornada pública ou do domínio público, a ex-trabalhadores ou ex-colaboradores da ULSCB ou a profissionais que a ela não tenham direito de acesso.
- Fornecimento de informação não autorizada a terceiros com o objectivo de obtenção de vantagens pessoais.
- Divulgação nos meios de comunicação social de informação susceptível de criar perturbação interna ou externa, pôr em causa ou denegrir a imagem e ou o bom nome da ULSCB.

| | | |
|--|-------------------------|---|
| Elaborado: Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | Revisto: | Aprovado: Conselho de Administração |
|--|-------------------------|---|

| | |
|--|---------------------|
| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | PG.06.01 |
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | Edição n.º 01 |
| | Revisão: 31/07/2012 |

- Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados ou outros.

Medidas adoptadas

- Sujeição de todos os trabalhadores e colaboradores ao dever legal de sigilo.
- Existência de uma política de sanções em caso de violação dos regulamentos legais.
- Acesso à informação constante das bases de dados informáticas, dependente de um processo de autenticação.

Medidas a adoptar

- Avaliar e implementar os níveis de segurança e controlo de acesso aos arquivos.

3.7. Favorecimento

Riscos Identificados

- Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade.

Medidas a adoptar

- Criação de níveis de serviço que garantam que situações iguais têm tratamento igual.

4. Identificação dos riscos por área, quantificação da sua frequência e medidas preventivas

Identificados os riscos de forma global e genérica, importa identificá-los por áreas mais sensíveis, avaliando o grau de risco, com vista a criar mecanismos de prevenção e defesa.

Consideram-se como áreas mais relevantes as seguintes:

- Contratação pública;
- Recursos humanos;
- Gestão financeira;
- Sistemas de informação.

O risco foi graduado em função da probabilidade de ocorrência e avaliado quanto a risco inerente e risco residual.

O risco inerente é o risco existente sem ter em conta as acções que podem ser efectuadas para diminuir a probabilidade de ocorrência ou o impacto.

O risco residual é o risco remanescente após a definição de respostas ao risco.

O controlo interno consiste no conjunto de acções que, postas em prática, constituem a resposta ao risco identificado.

| | | |
|--|-----------------|---|
| Elaborado: Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | Revisto: | Aprovado: Conselho de Administração |
|--|-----------------|---|

| | |
|--|---------------------|
| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | PG.06.01 |
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | Edição n.º 01 |
| | Revisão: 31/07/2012 |

Contratação Pública

| Identificação dos riscos | Risco inerente | Controlo Interno | Risco residual | Responsabilidade |
|--|----------------|---|----------------|------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Avaliação inexistente ou deficiente das necessidades. | Médio | <ul style="list-style-type: none"> Elaboração de planos de actividades, normas técnicas e relatórios técnicos. | Baixo | CA e UCL |
| <ul style="list-style-type: none"> Estimativas de custos desajustadas dos objectivos do dos Serviços. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Base de dados interna para fazer projecções sobre histórico de aquisições anteriores. | Baixo | UCL |
| <ul style="list-style-type: none"> As responsabilidades dos intervenores no processo de aquisição de bens e serviços e nas empreitadas, nas suas diversas fases, não estão claramente definidas. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Descrição do conteúdo funcional no Regulamento Interno e identificação dos profissionais envolvidos nas diversas fases do processo, permitindo reconhecer a responsabilidade de cada interveniente. | Baixo | UCL |
| <ul style="list-style-type: none"> Inexistência ou deficiência na verificação e certificação dos procedimentos pré-contractuais. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Verificação dos procedimentos pré-contractuais | Baixo | UCL |
| <ul style="list-style-type: none"> Inexistência de critérios na escolha do processo. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Procedimento com critérios de escolha de processo. | Baixo | UCL |
| <ul style="list-style-type: none"> Aquisição de bens e serviços cujo procedimento concursal não respeite o CCP, nomeadamente a violação das regras gerais de autorização de despesa, violação dos princípios gerais de contratação, participação económica em negócio, repetição de procedimentos de aquisição do mesmo bem/serviço ao longo do ano, fraccionamento de despesa. | Médio | <ul style="list-style-type: none"> Para além da existência de Regulamento Interno de Compras, que é seguido nas aquisições de bens e serviços e de empreitadas para montantes abaixo do limiar comunitário, elaboração de Manuais de Procedimentos mais abrangentes para os diversos sectores do serviço, que se pretende que vá mais além do que o processo administrativo de aquisição. Estes procedimentos apenas podem ser afastados em casos devidamente justificados e fundamentados. Alargar o leque de fornecedores consultados. Comissão de análise de propostas. | Baixo | UCL |
| <ul style="list-style-type: none"> Recurso a procedimentos não concorrenciais (v.g. ajuste directo), sem justificação rigorosa, baseada em dados objectivos e | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Definição de regras claras no Manual de Procedimentos para o recurso a Ajuste Directo. | Baixo | UCL e CA |

| | | |
|--|-------------------------|---|
| Elaborado: Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | Revisto: | Aprovado: Conselho de Administração |
|--|-------------------------|---|

| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | | PG.06.01 | | |
|---|------|---|-------|---------------------------|
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | | Edição n.º 01 | | |
| | | Revisão: 31/07/2012 | | |
| documentada. | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Cadernos de encargos com especificações técnicas incompletas, pouco claras ou com cláusulas discriminatórias. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Verificação das especificações técnicas fixadas no caderno de encargos e a sua adequação à natureza das prestações objecto do contrato a celebrar. Verificação dos requisitos fixados de forma a impedir o afastamento de potenciais concorrentes, mediante a imposição de condições inusuais ou demasiado exigentes e/ou restritivas | Baixo | UCL |
| <ul style="list-style-type: none"> Redacção e negociação do contrato feita pelo mesmo profissional. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Segregação de funções com diferentes níveis de avaliação e decisão. | Baixo | UCL |
| <ul style="list-style-type: none"> Critérios subjectivos na avaliação das propostas. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Critérios de avaliação das propostas objectivos, baseados em dados quantificáveis e comparáveis. Grelhas de avaliação das propostas definidas antes de conhecidos os candidatos. Informação aos interessados dos critérios e factores de avaliação das propostas. Procedimento com a definição clara de critérios por forma a assegurar soluções iguais para situações análogas. Submissão a decisão do CA de situações excepcionais. | Baixo | UCL e CA |
| <ul style="list-style-type: none"> Existência de conflito de interesses e/ou situações de impedimento na composição dos júris de procedimento. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Legislação aplicável e normas internas que obrigam os profissionais a declararem a existência de conflitos de interesses, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> - Identificação e registo das situações de impedimento na composição de júris; - Obtenção de declaração de interesses privados dos profissionais envolvidos na contratação. | Baixo | CA |
| <ul style="list-style-type: none"> Clausulado do contrato não rigoroso, | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Verificação do rigor e adequação do clausulado | Baixo | UCL |
| Elaborado: | | Revisto: | | Aprovado: |
| Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | | | | Conselho de Administração |

| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | | PG.06.01 | | |
|--|-----------------|---|---------------------------|-----------|
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | | Edição n.º 01 | | |
| | | Revisão: 31/07/2012 | | |
| ambíguo, pouco claro, com lacunas ou omissões que possam implicar o agravamento dos custos contratuais ou o adiamento dos prazos de execução. | | à natureza e aos objectivos de cada aquisição. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Incumprimento dos requisitos legais, comprometendo a execução do contrato ou de alguma forma a sua não inclusão implique ónus para a ULSCB. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Verificação do conteúdo do contrato. | Baixo | UCL |
| <ul style="list-style-type: none"> Inobservância dos pressupostos legais previstos para a existência de “trabalhos e serviços a mais”, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> - Se os trabalhos adicionais respeitam a “obras novas”; - Se os trabalhos e serviços adicionais não podem ser técnica ou economicamente separáveis do objecto do contrato sem inconveniente grave para a entidade adjudicatária ou, embora separáveis, sejam estritamente necessários à conclusão do objecto contratual; - Se os trabalhos e serviços adicionais resultam de circunstância imprevista; - Se o montante total de trabalhos e serviços adicionais não ultrapassa os limites legais; - Se o contrato de “trabalhos e serviços a mais” é formalizado por escrito. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Verificação da natureza dos “trabalhos e serviços a mais”, analisando os aspectos técnicos e jurídicos. Verificação da impossibilidade técnica e económica de separação de “trabalhos e serviços a mais” do objecto do contrato sem inconvenientes graves para a entidade adjudicante, ou, ainda que sejam separáveis, são necessários à conclusão do objecto contratual. Verificação da ocorrência imprevista que originou “trabalhos e serviços a mais”. Acompanhamento regular do desempenho do contratante por profissionais que não tiveram intervenção no processo de contratação. Formalização por escrito do contrato de “trabalhos e serviços a mais”. | Baixo | UIE e UCL |
| <ul style="list-style-type: none"> Controlo desadequado ou inexistente do cumprimento dos prazos relativamente à execução do contrato. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento regular do desempenho do contratante por profissionais que não tiveram intervenção no processo de contratação. | Baixo | UIE |
| <ul style="list-style-type: none"> Deficiente acompanhamento e avaliação do desempenho do contratante de acordo com os níveis de quantidade e/ou qualidade estabelecidos no contrato e documentos anexos, designadamente: | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Avaliação periódica dos bens e serviços adquiridos/obra executada efectuados por mais do que um profissional e obrigatoriamente por quem não interveio no processo de contratação. | Baixo | UIE e UCL |
| Elaborado: | Revisto: | | Aprovado: | |
| Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | | | Conselho de Administração | |

| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | | PG.06.01 | | |
|---|-------|--|-------|---------------------------|
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | | Edição n.º 01 | | |
| | | Revisão: 31/07/2012 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Inexistência de relatórios de acompanhamento e/ou de avaliação do desempenho do fornecedor / prestador de serviços / empreiteiro; - Inexistência de modelo <i>standard</i> de elaboração dos relatórios; - Controlo não rigoroso dos custos do contrato, não garantindo a sua concordância com os valores orçamentados; - Inexistência de ensaios e/ou controlo de qualidade aos bens e serviços adquiridos/obra executada, previamente à sua aceitação. | | <ul style="list-style-type: none"> • Registo do desvio temporal e financeiro entre o adjudicado e o executado, bem como as respectivas causas. • Procedimento com a definição do modelo dos relatórios, assim como da sua periodicidade. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de advertências, desde que detectadas irregularidades ou derrapagem nos custos e nos prazos. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> • Envio de advertências, em devido tempo, ao fornecedor/prestador de serviços, logo que se detectem situações irregulares e/ou derrapagem de custos e de prazos contratuais. | Baixo | UIE |
| <ul style="list-style-type: none"> • Não execução das penalidades contratuais. | Médio | <ul style="list-style-type: none"> • Subcontratação de serviços de fiscalização no caso de empreitadas. • Avaliação do cumprimento de cláusulas previstas no contrato. | Baixo | UCL |
| <ul style="list-style-type: none"> • Incumprimentos dos procedimentos internos e da legislação aplicável. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> • Auditorias internas periódicas com o objectivo de aferir do cumprimento dos procedimentos instituídos. | Baixo | UCL |
| <ul style="list-style-type: none"> • Adjudicação não autorizada. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> • Obrigatoriedade de aprovação prévia para todas as adjudicações, de acordo com a delegação de competências instituída. | Baixo | UCL e CA |
| <ul style="list-style-type: none"> • Gestão inexistente do prazo de garantia de equipamentos e empreitadas. | Médio | <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilização de requisitantes para o prazo de garantia dos equipamentos. | Baixo | UCL |
| <ul style="list-style-type: none"> • Gestão inexistente dos prazos de renovação de contratos. | Médio | <ul style="list-style-type: none"> • Verificação, pela UCL, da base de dados de contratos e respectiva calendarização, com elaboração de listagem mensal dos contratos susceptíveis de renovação, para que a avaliação da renovação se processe com uma | Baixo | UCL |
| Elaborado: | | Revisto: | | Aprovado: |
| Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | | | | Conselho de Administração |

| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | | PG.06.01 | | |
|--|-------|---|-------|-------------------|
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | | Edição n.º 01 | | |
| | | Revisão: 31/07/2012 | | |
| | | antecedência mínima de 60 dias relativamente ao prazo de renovação, ou data de renúncia. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Acesso indevido às instalações de armazém. | Médio | <ul style="list-style-type: none"> Criação de um sistema de alertas informático. Restrição do acesso aos armazéns a pessoal autorizado. Implementação de uma política de controlo geral de acessos. | Baixo | UCL |
| <ul style="list-style-type: none"> Desvio e retenção indevida de materiais. | Médio | <ul style="list-style-type: none"> Verificações periódicas aos armazéns e materiais. Conferência dos bens fornecidos para cada serviço requisitante. | Baixo | UCL |
| <ul style="list-style-type: none"> Recepção não controlada, física e qualitativamente, entrega pelos fornecedores de quantidades inferiores ou superiores às contratadas ou de diferente qualidade. | Médio | <ul style="list-style-type: none"> Segregação de funções entre quem encomenda e quem recebe. Efectiva evidência de quem recebe os materiais e posterior verificação pelo serviço receptor/armazém. Conferir encomendas em quantidade e qualidade, por colaborador com competências específicas. Rotatividade de colaboradores, evitando situações de conluio com fornecedores ou colegas. | Baixo | UCL |
| <ul style="list-style-type: none"> Falta de acuidade na inventariação e gestão de imobilizado. | Médio | <ul style="list-style-type: none"> Controlo trimestral dos equipamentos afectos a alguns centros de custo aleatoriamente seleccionados. Responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda. Verificação física, de dois em dois anos, do inventário global. Conciliação da informação entre as aplicações de gestão de imobilizado. | Baixo | UCL, SF e UIE |
| <ul style="list-style-type: none"> Não inventariação de bens oferecidos com eventual apropriação ou utilização indevida de bens públicos. | Médio | <ul style="list-style-type: none"> Aprovação, pelo CA, das ofertas. Divulgação de procedimento interno de aceitação e inventariação de ofertas. | Baixo | UCL, SF, UIE e CA |

| | | |
|--|-------------------------|---|
| Elaborado: Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | Revisto: | Aprovado: Conselho de Administração |
|--|-------------------------|---|

| | |
|--|---------------------|
| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | PG.06.01 |
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | Edição n.º 01 |
| | Revisão: 31/07/2012 |

Recursos Humanos

| Identificação dos riscos | Risco inerente | Controlo Interno | Risco residual | Responsabilidade |
|--|----------------|---|----------------|---------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Indefinição na organização do serviço. | Médio | <ul style="list-style-type: none"> Funções definidas no regulamento interno, com as respectivas dependências hierárquicas. Regulamento interno do Serviço e procedimentos de controlo interno, com atribuição e definição de todas as funções existentes no Serviço. Segregação de funções. | Baixo | CA e SRH |
| <ul style="list-style-type: none"> Erros no processamento dos vencimentos, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> Inadequado registo dos tempos de trabalho; Deficiência no controlo de assiduidade; Inadequado controlo e autorização de trabalho suplementar e extraordinário; Processamento de abonos e descontos não autorizados; Registo de alterações mensais (faltas, horas extra, remunerações não regulares) com incorrecções, erros ou omissões; Férias e licenças em desconformidade legal. | Médio | <ul style="list-style-type: none"> Registo biométrico implementado. Regulamento interno do Serviço e procedimentos de controlo interno. Segregação de funções e rotatividade. Acções de formação periódicas para melhorar o desempenho dos profissionais. Aplicação informática com cálculo automático dos dias de férias. | Baixo | SRH e Responsáveis dos Serviços |
| <ul style="list-style-type: none"> Ausência ou deficiente fundamentação dos actos de selecção de pessoal ou de proposta de contratação. Contratação sem critérios previamente definidos. | Médio | <ul style="list-style-type: none"> Definição do perfil dos profissionais a contratar e fundamentação da decisão. Elenco objectivo de critérios de selecção de candidatos que permita que a fundamentação das decisões de contratar seja facilmente perceptível e sindicável. | Baixo | CA e SRH |
| <ul style="list-style-type: none"> Designação dos mesmos elementos, de forma reiterada para os júris. | Médio | <ul style="list-style-type: none"> Composição idónea do júri dos concursos sem repetição regular dos mesmos elementos. | Baixo | CA e SRH |
| <ul style="list-style-type: none"> Deficiente avaliação das necessidades de contratação. | Médio | <ul style="list-style-type: none"> Plano de atividades dos Serviços. | Baixo | CA e SRH |

| | | |
|--|-----------------|---|
| Elaborado: Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | Revisto: | Aprovado: Conselho de Administração |
|--|-----------------|---|

| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | | PG.06.01 | | |
|---|-------|--|-------|-------------------------------------|
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | | Edição n.º 01 | | |
| | | Revisão: 31/07/2012 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Utilização excessiva de mecanismos excepcionais de progressão na carreira e atribuição de prémios de desempenho. | Médio | <ul style="list-style-type: none"> Verificação do cumprimento das normas instituídas e aplicação do SIADAP | Baixo | CA e SRH |
| <ul style="list-style-type: none"> Utilização excessiva do recurso ao trabalho extraordinário como forma de suprir necessidades permanentes dos serviços. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Planos de trabalho e procedimento de autorização prévia de trabalho extraordinário. | Baixo | CA, SRH e Responsáveis dos Serviços |
| <ul style="list-style-type: none"> Avaliação deficiente do processo de avaliação SIADAP, designadamente: <ul style="list-style-type: none"> - Objectivos desajustados às tarefas realizadas; - Potencial discricionariiedade no procedimento de avaliação dos profissionais; - Ausência ou deficiente fundamentação das decisões da avaliação. | Médio | <ul style="list-style-type: none"> Verificação do cumprimento das normas instituídas para aplicação do SIADAP. | Baixo | SRH, CCA e CA |
| <ul style="list-style-type: none"> Conflito de interesses. | Médio | <ul style="list-style-type: none"> Código de Ética com normas claras que visam a prevenção da existência de conflito de interesses. | Baixo | CA |
| <ul style="list-style-type: none"> Delegação de competências, designadamente: <ul style="list-style-type: none"> - Abuso da autoridade delegada; - Exercício indevido da autoridade delegada. | Médio | <ul style="list-style-type: none"> Publicação interna das delegações e subdelegações de competências. Identificação das decisões tomadas sob delegação e subdelegação de competências. | Baixo | CA |

| | | |
|--|-----------------|---|
| Elaborado: Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | Revisto: | Aprovado: Conselho de Administração |
|--|-----------------|---|

| | |
|--|---------------------|
| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | PG.06.01 |
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | Edição n.º 01 |
| | Revisão: 31/07/2012 |

| Gestão Financeira | | | | |
|---|----------------|--|----------------|------------------|
| Identificação dos riscos | Risco inerente | Controlo Interno | Risco residual | Responsabilidade |
| <ul style="list-style-type: none"> Registo de transacções na contabilidade, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> - Não registadas; - Anuladas sem autorização; - Registadas incorrectamente; - Alteradas. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Conferência das transacções. Segregação de funções. Monitorização da execução das tarefas. Integração entre aplicações informáticas. | Baixo | SF |
| <ul style="list-style-type: none"> Desvio de fundos, apropriação ou movimentos indevidos de dinheiro. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Contagem periódica do caixa, com conferência regular pelo superior hierárquico. Verificação periódica dos valores à guarda do tesoureiro. Conferência dos valores recebidos. Segregação de funções. | Baixo | SF |
| <ul style="list-style-type: none"> Recebimento de taxas moderadoras sem a impressão do respectivo recibo. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Emitir normas que possibilitem um adequado desempenho funcional. | Baixo | AAD |
| <ul style="list-style-type: none"> Admissão de doentes com informação incorrecta (isenções) ou atribuição de isenções de taxas moderadoras sem o comprovativo legal. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Análise comparativa mensal da cobrança de taxas moderadoras por colaborador. Arquivo dos comprovativos que originaram a isenção das taxas moderadoras | Baixo | AAD |
| <ul style="list-style-type: none"> Recurso excessivo a meios de diagnóstico no exterior. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Privilegiar o recurso a entidades públicas para execução dos MCDT's. Validação pelos directores de serviço e director clínico do CA dos pedidos de MCDT's, em particular dos que são enviados para o exterior. | Baixo | AAD |
| <ul style="list-style-type: none"> Anular recibos sem justificação. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Verificar se os recibos anulados estão arquivados e qual a justificação. | Baixo | AAD e SF |
| <ul style="list-style-type: none"> Utilização indevida do fundo de manei. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Conferências regulares do fundo de manei. | Baixo | SF |

| | | |
|--|-----------------|---|
| Elaborado: Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | Revisto: | Aprovado: Conselho de Administração |
|--|-----------------|---|

| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | | PG.06.01 | | |
|--|------|--|-------|-----|
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | | Edição n.º 01 | | |
| | | Revisão: 31/07/2012 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Pagamentos indevidos, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> - Despesa sem prévio cabimento; - Despesa que não foi efectivamente realizada; - Valor pago diferente do facturado; - Após decisão de recusa do visto do TC. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Verificar o procedimento de conferência de contas a pagar. Segregação de funções entre quem processa, autoriza e efectua o pagamento. | Baixo | SF |
| <ul style="list-style-type: none"> Pagamentos preferenciais mais céleres a determinados fornecedores, sem existência de fundamentação que o justifique. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Análise regular da antiguidade de saldos e dívidas a fornecedores. | Baixo | SF |
| <ul style="list-style-type: none"> Controlo inadequado dos depósitos bancários. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Segregação de funções. Reconciliações bancárias. | Baixo | SF |
| <ul style="list-style-type: none"> Facturação deficiente, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> - Atraso na emissão da facturação; - Facturação de serviços não prestados; - Não facturação de serviços prestados. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Respeitar os prazos legalmente estabelecidos. Verificar quais os serviços prestados e compará-los com a facturação emitida. Verificar se o procedimento para a facturação está a ser cumprido. | Baixo | SF |
| <ul style="list-style-type: none"> Sistema de cobrança ineficiente. Incobrábilidade voluntária, com intuito de benefício ou perdão. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Análise periódica de saldos de clientes. Verificar se os procedimentos para as cobranças estão a ser cumpridos. Inquirir os serviços sobre as razões para os atrasos nas cobranças. Questionar os serviços e obter justificações. | Baixo | SF |
| <ul style="list-style-type: none"> Fornecer informação financeira inadequada. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Verificar o rigor e solidez da informação fornecida. Análise crítica da informação disponibilizada. | Baixo | SF |
| <ul style="list-style-type: none"> Notas de encomenda incorrectas. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Confrontar autorizações de compra com as notas de encomenda. | Baixo | UCL |
| <ul style="list-style-type: none"> Produtos em quantidades excessivas. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Verificar os níveis de <i>stock</i> previamente definidos. | Baixo | UCL |
| <ul style="list-style-type: none"> Recepção de serviços, materiais e bens não registados. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Segregação de funções. Análise de encomendas em atraso. | Baixo | UCL |

| | | |
|--|-------------------------|---|
| Elaborado: Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | Revisto: | Aprovado: Conselho de Administração |
|--|-------------------------|---|

| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | | | PG.06.01 | |
|--|------|---|---------------------|-------------------|
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | | | Edição n.º 01 | |
| | | | Revisão: 31/07/2012 | |
| • Movimento de existências inadequado. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Verificação dos registos de entradas e saídas de armazém e confrontar com os pedidos internos. Verificar se as devoluções ao armazém são devidamente registadas. | Baixo | UCL |
| • Inventário físico de consumíveis/imobilizado deficiente. | Alto | • Inventariação anual. | Baixo | UCL e UIE |
| • Apropriação indevida de bens públicos. | Alto | • Verificação aleatória da existência física dos bens, efectuada periodicamente. | Baixo | UCL e UIE |
| • Abates sem autorização ou com autorização não certificada pelo órgão competente. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Verificar as autorizações para a realização de abates. Abates após autorização certificada pelo órgão competente. Existência de uma Comissão de Abate multidisciplinar. | Baixo | SF, UCL, UIE e CA |

O original é controlado pelo Gabinete da Qualidade

| | | |
|--|-----------------|---|
| Elaborado: Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | Revisto: | Aprovado: Conselho de Administração |
|--|-----------------|---|

| | |
|--|---------------------|
| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | PG.06.01 |
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | Edição n.º 01 |
| | Revisão: 31/07/2012 |

| Sistemas de Informação | | | | |
|--|----------------|---|----------------|---------------------------------|
| Identificação dos riscos | Risco inerente | Controlo Interno | Risco residual | Responsabilidade |
| <ul style="list-style-type: none"> Fornecer informações não autorizadas a terceiros. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Avaliar os procedimentos de detecção e violação do dever de sigilo. | Baixo | USI |
| <ul style="list-style-type: none"> Aceder a informação indevida. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Criação de perfis de acesso, partindo sempre do princípio de acesso mínimo para o exercício das funções. Alteração periódica das senhas de acesso. | Baixo | USI |
| <ul style="list-style-type: none"> Manipulação ou destruição de dados. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Avaliação dos níveis de segurança e controlo dos acessos à informação. Responsabilização dos titulares das senhas de identificação pela sua utilização. <i>Data Center</i> com sistema de monitorização e controlo e acesso restrito a profissionais autorizados. Inspeções físicas regulares. | Baixo | USI |
| <ul style="list-style-type: none"> Partilha de senhas entre os utilizadores. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Responsabilização dos titulares das senhas de identificação pela sua utilização, conforme previsto no procedimento interno. | Baixo | USI |
| <ul style="list-style-type: none"> Sessões de trabalho abertas sem a presença do respectivo utilizador. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Responsabilização dos titulares das senhas de identificação pela sua utilização. Procedimentos internos de segurança. | Baixo | USI |
| <ul style="list-style-type: none"> Ligação entre as aplicações deficiente. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Análise da informação de erro gerada pelas aplicações aquando da integração. | Baixo | USI e Responsáveis dos Serviços |
| <ul style="list-style-type: none"> Contratualização inadequada de serviços de assistência técnica. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Avaliação do desempenho do fornecedor do serviço. | Baixo | USI |
| <ul style="list-style-type: none"> Interrupção de serviços fornecidos pelos sistemas de informação. | Alto | <ul style="list-style-type: none"> Verificar os procedimentos de actuação em caso de falha dos sistemas de informação. | Baixo | USI |

| | | |
|--|-------------------------|---|
| Elaborado: Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | Revisto: | Aprovado: Conselho de Administração |
|--|-------------------------|---|

| | |
|--|---------------------|
| PROCEDIMENTO DE GESTÃO | PG.06.01 |
| PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS | Edição n.º 01 |
| | Revisão: 31/07/2012 |

5. Implementação, responsabilização e reavaliação do plano

A responsabilidade da implementação e execução das medidas previstas no plano compete aos responsáveis dos serviços nele indicados.

Igualmente, os mesmos responsáveis devem também aferir periodicamente a adequabilidade e eficácia das diferentes medidas preventivas definidas no plano, visando o seu aperfeiçoamento.

Na sequência desta reavaliação, os responsáveis dos serviços elaboram um relatório anual, ou sempre que necessário, se eventos novos forem de considerar, fazendo nele constar a informação sobre o ponto de situação resultante da implementação das medidas definidas no plano e identificando as necessidades da sua actualização. Estes relatórios são dirigidos ao CA que, em função dessa informação, diligenciará e decidirá a supressão / inserção de novas medidas a considerar, garantindo deste modo que o plano é um instrumento de gestão dinâmico e actual.

6. Monitorização do plano

A monitorização do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infracções Conexas fará parte do Plano Anual de Auditoria Interna.

O controlo periódico do plano, no sentido de verificar a sua implementação e aplicação é da responsabilidade da Auditoria Interna.

Anualmente, o CA elabora um relatório de execução do plano, a remeter à ACSS, ARS Centro e CPC.

| | | |
|--|-------------------------|---|
| Elaborado: Dr. Celestino Ramalho Dr. José Basílio | Revisto: | Aprovado: Conselho de Administração |
|--|-------------------------|---|