

Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga
Reunião do Conselho de Administração

24/04/2025

deliberado aprovar.

Exmo. (a) Senhor (a)
Presidente do Conselho de Administração,

ASSUNTO:

Relatório Anual PPR - 2024

Presidente (Miguel Paiva)		
Vogal Executiva (Rita Moutinho)	Vogal Executivo (Paulo Dias)	
Director Clínico-CH (Carlos Carvalho)	Directora Clínica-CSR (Marisa Carvalho)	Enfermeira Directora (Sara Pereira)

Santa Maria da Feira, 17 de abril de 2025

Relatório Anual PPR – 2024:

Remete-se para apreciação e aprovação do CA, o relatório anual de 2024 do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluído Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

Auditor Interno



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ENTRE DOURO E VOUGA

**PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO,
INCLUINDO RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS (PPR)**

RELATÓRIO ANUAL

2024

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

ÍNDICE

Sumário Executivo	4
1. Enquadramento	5
2. Metodologia	5
3. Limitação de âmbito	6
4. Programa de cumprimento normativo.....	6
5. Monitorização.....	7
6. Riscos e medidas preventivas.....	7
7. Análise do grau de implementação de medidas	8
7.1. Implementação das medidas por área	8
8. Matrizes de Risco.....	11
8.1. Legal /Compliance	11
8.2. Governance	12
8.3. Compras e Contratação pública	13
8.4. Área Assistencial.....	15
8.5. Existências	16
8.6. Imobilizado	17
8.7. Recursos Humanos	18
8.8. Financeiro	19
8.9. Sistemas de Tecnologia e Informação	21
9. Conclusões.....	23
10. Disposições Finais.....	23

Siglas e Abreviaturas

AA – Risco Área Assistencial

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

BO – Bloco Operatório

CA – Conselho de Administração

CCP – Risco de Compras e Contratação Pública

CL – Risco Legal e Compliance

EPD – Encarregado de Proteção de Dados

EXI – Risco de Existências

FIN – Risco Financeiro

GCRP – Gabinete do Cidadão e Relações Públicas

GO – Risco de *Governance*

GQAC – Gabinete de Qualidade, Acreditação e Certificação

IMO – Risco Imobilizado

MENAC – Mecanismo Nacional Anticorrupção

PPR – Plano de Prevenção de Riscos Gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas

RAI – Responsável de Acesso à Informação

RGPC – Regime Geral de Prevenção da Corrupção

RH – Risco de Recursos Humanos

SAI – Serviço de Auditoria Interna

SAJC – Serviço de Apoio Jurídico e Contencioso

SC – Serviço de Compras

SF – Serviço Farmacêutico

SGDA – Serviço de Gestão de Doentes e Arquivo

SGF – Serviço de Gestão Financeira

SGRH – Serviço de Gestão de Recursos Humanos

SIE – Serviço de Instalações e Equipamentos

SLI – Serviço de Logística e Imobilizado

SSTI – Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

STI – Risco dos Sistemas de Tecnologia e Informação

SVT – Serviço de Vigilância e Transportes

UG MCDT's – Unidade de Gestão de MCDT's

ULGA – Unidade Local de Gestão de Acesso

ULSEDV – Unidade Local de Saúde de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

Sumário Executivo

O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo Riscos de Corrupção e Infrações Conexas em vigor foi atualizado em 2023, fruto do compromisso ético e transversal dos vários intervenientes nos procedimentos, os dirigentes máximos, dirigentes de nível superior e intermédios e colaboradores da instituição, estabelecendo-se um conjunto de princípios fundamentais de relacionamento, de acordo com as orientações estabelecidas na Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024.

No sentido de efetuar a avaliação anual foram enviados pedidos de informação às diversas unidades orgânicas intervenientes, com base nas matrizes de risco previamente definidas, onde estão identificados 67 riscos e 153 medidas preventivas.

Relativamente às medidas preventivas, foi possível concluir que, das 153 medidas previstas, 128 (83,7%) estão implementadas, 24 (15,7%) estão em curso, sendo que apenas 1 (0,7%) não se encontra iniciada.

A taxa de implementação global é elevada, destacando-se a área Financeira, que evidencia uma taxa de implementação de 100%, e as áreas Assistencial, Existências e Legal/Compliance, com grau de implementação superior a 90%. Estes resultados são o reflexo dos esforços desenvolvidos pela instituição no sentido de mitigar riscos identificados.

Em conformidade com a alteração na estrutura orgânica ocorrida em 2024, encontra-se em revisão o PPR, por forma a refletir novos riscos identificados, bem como medidas preventivas ou corretivas a implementar.

1. Enquadramento

Em cumprimento do Decreto-Lei n.º 109-E/2021 de 9 de dezembro, que criou o Mecanismo Nacional Anticorrupção e estabelece o Regime Geral de Prevenção da Corrupção, deverá ser elaborado, no mês de abril, um relatório de avaliação anual do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR).

O Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 54/2024 de 6 de setembro, criou a Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga E.P.E. (ULSEDV), procedendo à integração do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E. P. E. (CHEDV), os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) de Entre Douro e Vouga I – Feira e Arouca e Entre Douro e Vouga II – Aveiro Norte em 1 de janeiro de 2024 e, desde 01 de outubro de 2024, o Hospital Dr. Francisco Zagalo e as unidades de Cuidados de Saúde Primários (CSP) de Ovar.

A presente análise pretende identificar o grau de cumprimento das medidas preventivas previamente definidas e contribuirá para identificar situações a rever neste contexto, concorrendo para o desenvolvimento da revisão em curso do PPR.

2. Metodologia

A gestão de riscos está vinculada aos objetivos estratégicos, operacionais e de reporte, articulada com os fatores potenciadores do risco, quer internos, quer externos.

No PPR foram identificadas as áreas que evidenciam maior exposição ao risco de gestão, corrupção e infrações conexas, bem como conflitos de interesses, tendo sido definidas medidas preventivas para sua mitigação, minimizando o impacto que tais eventos possam ter na prossecução dos objetivos institucionais.

Em conformidade com o estabelecido no PPR, a monitorização foi efetuada pelo SAI e incluiu a utilização de um questionário, remetido por correio eletrónico aos diversos responsáveis pelas áreas de risco identificadas no referido plano.

Após a devolução dos questionários, foi efetuado o tratamento da informação, com a compilação das respostas, sendo posteriormente elaborado o presente relatório. Importa referir que os inputs deste documento são da responsabilidade dos diversos responsáveis identificados no PPR.

3. Limitação de âmbito

Apesar da prévia existência de Planos de Gestão de Risco ao nível dos ACES Entre Douro e Vouga I e II, integrados a 1 de janeiro de 2024, bem como do Hospital Dr. Francisco Zagalo-Ovar, integrado a 1 de outubro de 2024, não é pertinente uma análise a uma realidade que atualmente se encontra sob a alçada de diferentes responsáveis, enquadrados em unidades orgânicas distintas.

Desta forma, a presente análise debruçou-se apenas sobre a execução de medidas previstas no PPR aprovado em 2023 – [Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo Riscos de Corrupção e Infrações Conexas](#).

4. Programa de cumprimento normativo

De acordo com o definido no Decreto-Lei n.º 109-E/2021, as entidades devem adotar e implementar um programa de cumprimento normativo que contenha um Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC), um Código de Conduta, um Programa de Formação e Comunicação e um Canal de Denúncias.

Como entidade abrangida pelo Regime Geral da Prevenção da Corrupção, a ULSEDEV promoveu a divulgação e dinamização da temática, além do PPR, através dos seguintes elementos:

→ **Código de Ética e de Conduta** – A revisão do Código de Ética e de Conduta, aprovada em janeiro de 2025, encontra-se disponível no site externo e na intranet, tendo sido igualmente divulgada por email. Este documento constitui um compromisso de princípios, valores e regras de atuação essenciais, com o que se pretende assegurar os direitos e garantias dos cidadãos e que deve orientar e inspirar o comportamento de todos os trabalhadores, alcançando assim o reconhecimento do serviço público que presta à comunidade.

→ **Programa de Formação** – A ULSEDEV tem promovido ações de formação e sensibilização sobre a temática, sob várias formas, tendo sido designadamente aprovado um plano para o ano de 2025, que engloba:

- Participação nas sessões de acolhimento de novos trabalhadores, apresentando os instrumentos existentes na instituição;
- Módulo dedicado ao RGPC, enquadrado numa ação de formação mais alargada sobre integridade e informação, a desenvolver quatro vezes no ano; e
- Disponibilização de material informativo a todos os profissionais através de email, procurando dar a conhecer a todos os profissionais os componentes do Programa de Cumprimento Normativo, bem como onde os podem encontrar.

→ **Canal de Denúncias** - O Canal de Denúncias foi implementado em 2023. Esta ferramenta de gestão e de comunicação de denúncias encontra-se funcional e tem permitido um adequado acompanhamento das situações reportadas.

5. Monitorização

Para efeito de monitorização do PPR foi solicitado aos diversos responsáveis informação sobre o grau de implementação das medidas preventivas do risco identificadas no documento.

Foi igualmente solicitada uma descrição sumária da monitorização/resultados obtidos e a justificação pela não implementação da medida, bem como o prazo para implementação, no caso de medidas a implementar ou em curso.

São apresentados os resultados da avaliação efetuada às várias áreas de risco, com a descrição do risco potencial, respetivo nível de risco (3 - elevado, 2 - moderado, 1 - baixo), as medidas preventivas e o grau de implementação da seguinte forma:

- Implementada
- Em fase de implementação
- Não implementada
- Não foi possível aferir o nível de implementação

6. Riscos e medidas preventivas

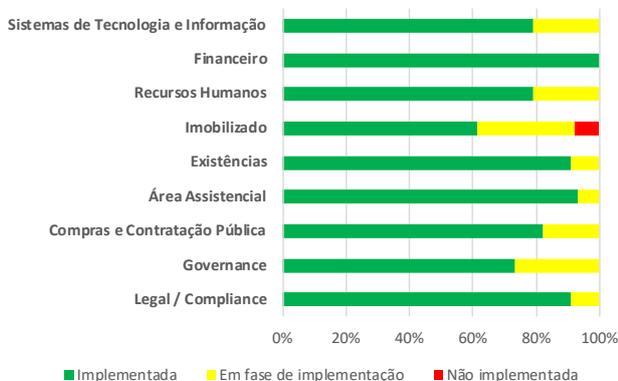
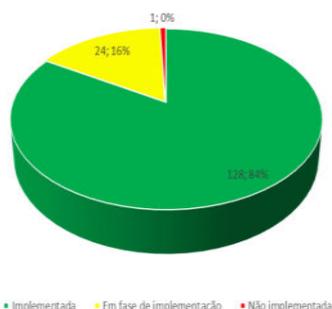
Foram identificados um total de 67 Riscos e definidas 153 Medidas Preventivas. De acordo com a classificação atribuída, numa perspetiva global, pode resumir-se as matrizes de risco quanto ao grau e número de medidas previstas em cada área:

Áreas	Riscos				Medidas Preventivas
	Baixo	Moderado	Elevado	Total	
Legal e Compliance	4	2		6	11
Governance	4	2		6	15
Compras e Contratação Pública	6	2	2	10	17
Área Assistencial	3	2		5	15
Existências	4		1	5	11
Imobilizado	1	3	1	5	13
Recursos Humanos	6	3		9	19
Financeiro	6	4		10	23
Sistemas de Tecnologia e Informação	2	3	6	11	29
Total	36	21	10	67	153

Fonte: Matrizes de Risco do PPR

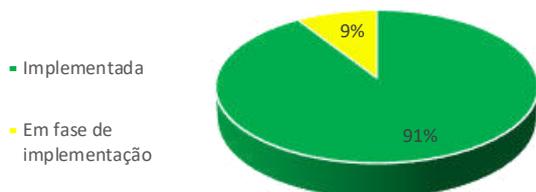
7. Análise do grau de implementação de medidas

Verifica-se que, das 153 medidas propostas, 83,7% se encontram implementadas e 15,7% em curso ou parcialmente implementadas, evidenciando um elevado grau de comprometimento dos serviços na prossecução das medidas que permitem mitigar os riscos identificados.



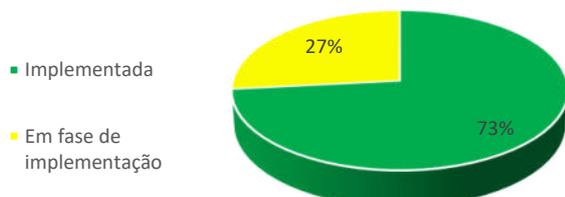
7.1. Implementação das medidas por área

Legal / Compliance



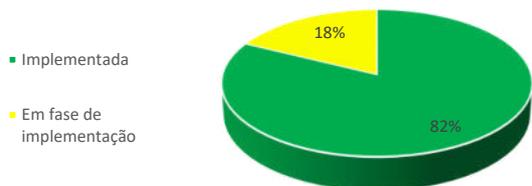
O grau de implementação das medidas previstas no sentido de mitigar os riscos identificados na área de *Legal/Compliance*, evidencia a prioridade conferida a estas matérias. Encontra-se em curso a elaboração de um procedimento no sentido de uniformizar a documentação obrigatória em processos de recrutamento.

Governance



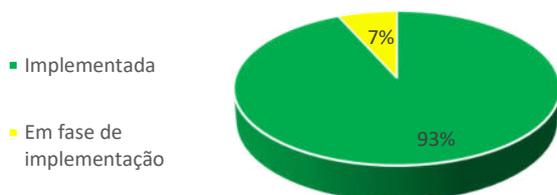
Os serviços intervenientes encontram-se a trabalhar ativamente na implementação de soluções que se encontram numa fase avançada, evidenciando um elevado comprometimento no controlo dos riscos identificados.

Compras e Contratação Pública



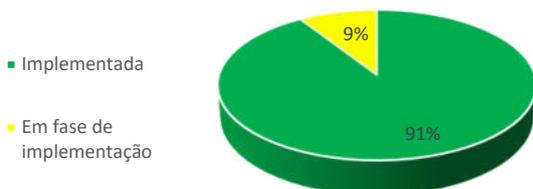
Nesta área, encontram-se em curso medidas, nomeadamente no âmbito da atualização de procedimentos e instruções de trabalho, com previsão de conclusão até final do primeiro semestre de 2025.

Área Assistencial



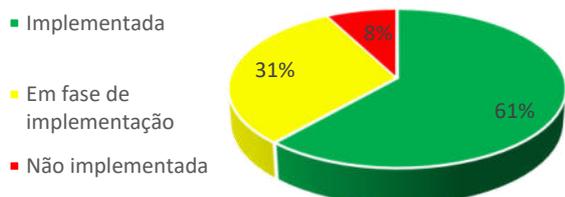
A área assistencial evidencia um elevado grau de implementação de mecanismos no sentido de dar resposta aos riscos identificados.

Existências



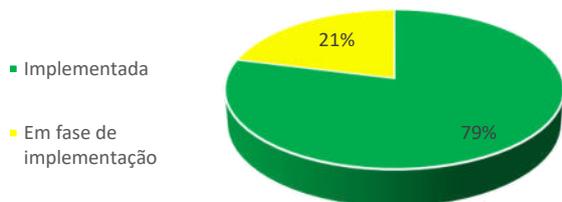
Na área de existências verifica-se um grau de implementação de 91% (10), revelando um elevado controlo do risco nesta área.

Imobilizado



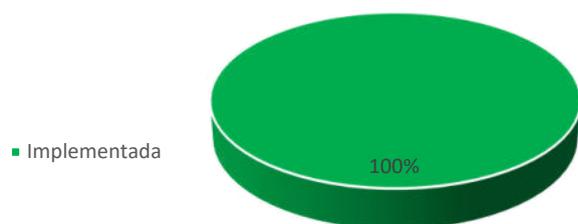
Relativamente à área de imobilizado, encontram-se implementadas 61%(8) das medidas preventivas previstas e em curso 31%(4). Não se encontra implementada a medida IMO_M07 – Rastreio dos equipamentos através de TAG's por geolocalização. Entende-se relevante nesta fase a reavaliação desta medida, numa análise custo benefício.

Recursos Humanos



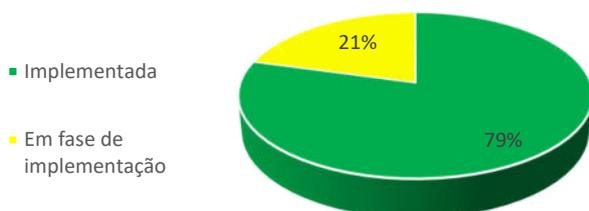
A área de recursos humanos tem em curso a implementação de algumas ações, no sentido de adaptar procedimentos e mecanismos de trabalho à nova realidade da ULSEDV.

Financeiro



Encontram-se implementadas todas as medidas previstas para a mitigação dos riscos identificados na área financeira, demonstrando um elevado grau de comprometimento dos envolvidos neste processo.

Sistemas de Tecnologia de Informação



Encontram-se em fase de implementação algumas medidas, a concretizar a breve prazo, que permitirão atualizar e otimizar as condições existentes nesta área.

8. Matrizes de Risco

8.1. Legal /Compliance

Referência do Risco	Situação Potencial de Risco	Risco Inerente			Referência da medida preventiva	Medidas de preventivas	Serviço Responsável	Grau de Implementação 2024
		P	I	Grau de risco				
LC_R01	Violação dos princípios, valores e normas, estabelecidos no ordenamento jurídico português	1	1	1	LC_M01	Realizar ações de formação a dirigentes e chefias sobre gestão de risco, fraude e corrupção, e possíveis consequências para os colaboradores do CHEDV	CA /SAI	●
					LC_M02	Divulgação e disponibilização a todos os colaboradores do Código de Ética e de Conduta, através de email institucional, publicação no sítio da intra e internet e através do Manual de Acolhimento	CA/SAJC/SAI	●
LC_R02	Favorecimento de interesses pessoais, familiares, de terceiros ou outros, pondo em causa a transparência dos procedimentos e das decisões	1	2	2	LC_M03	Implementação do sistema de comunicação de irregularidades e canal de denúncias, através do qual possam ser reportadas eventuais irregularidades e ou incumprimentos	CA/ SAJC/SAI	●
					LC_M04	Apresentação obrigatória de "Declaração de inexistência de incompatibilidades", em conformidade com a legislação em vigor	SC/SGRH	●
LC_R03	Existências de situações de conflito de interesses	1	1	1	LC_M05	Existência de Declaração escrita dos membros do CA em como não existem situações passíveis de gerar conflito de interesses na atividade desenvolvida assim como em nenhum tipo de negócio, nos termos do artigo 52.º do Decreto - Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro	CA	●
					LC_M06	Existência de Declaração escrita dos membros do CA em como não intervêm nas decisões que envolvam os seu próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por sim realizadas, conforme determinado no art.º 51 do DL 133/2013	CA	●
LC_R04	Atitudes contra os trabalhadores que reportem indícios de corrupção, atos de má conduta ou violação dos deveres profissionais.	1	2	2	LC_M07	Implementação de mecanismos para o reporte do envolvimento de dirigentes e chefias em condutas irregulares	CA/Chefias	●
LC_R05	Quebra do sigilo e uso de informação privilegiada com interesse para terceiros	2	2	4	LC_M08	Todos os dirigente, chefias e colaboradores estão sujeitos à obrigação legal de sigilo	CA/SGRH	●
LC_R06	Acesso indevido a informação ou divulgação não autorizada de informação	2	2	4	LC_M09	Fomentar junto dos profissionais uma cultura de privacidade e segurança da informação, através de ações de formação em Proteção de Dados	EPD	●
					LC_M10	Sensibilização dos profissionais para o cumprimento do normativo de segurança informática em vigor e do Código de Ética que estabelecem as práticas proibidas nesta matéria	EPD/SSTI	●
					LC_M11	Definição de perfis de acesso à informação de acordo com as funções desempenhadas	SSTI	●

8.2. Governance

Referência do Risco	Situação Potencial de Risco	Risco Inerente			Referência da medida preventiva	Medidas de preventivas	Serviço Responsável	Grau de Implementação 2024	
		P	I	Grau de risco					
GO_R01	Abuso de poder	1	1	1	GO_M01	Aprovação e publicação da delegação e sub delegação de competências	CA		
					GO_M02	Registos de todas as delegações e sub delegações de competências (correntes, revogadas e caducadas)			
					GO_M03	Implementação do sistema de comunicação de irregularidades e canal de denúncias, através do qual possam ser reportadas eventuais irregularidades e ou incumprimentos		CA/SAI	
GO_R02	Acumulação indevida de funções	3	1	3	GO_M04	Garantir uma adequada segregação entre as funções de gestão, a qual deve constar dos procedimentos internos em vigor	SGRH		
					GO_M05	Elaboração do procedimento sobre acumulação de funções conforme a legislação em vigor		SGRH	
					GO_M06	Anualmente reforçar por comunicação interna (email) a necessidade de todos os colaboradores comunicarem as acumulações de funções privadas		CA/SGRH	
GO_R03	Violação dos deveres, valores e princípios consagrados no Código de Ética de Conduta da Instituição	1	2	2	GO_M07	Divulgação a todos os colaboradores do Código de Ética e de Conduta, através de email institucional e publicação no sitio da intra e internet	CA / SAJC / SAI		
					GO_M08	Implementação do Manual de Acolhimento, o qual deve incluir referência ao Código de Ética e de Conduta		CA / SAJC / SAI	
GO_R04	Utilização indevida da imagem da Instituição	1	3	3	GO_M09	Monitorização diária das notícias sobre a Instituição na imprensa escrita e das redes sociais	GCRP/ Assessor Comunicação		
					GO_M10	Criação do Manual de Marca			
					GO_M11	Acompanhamento e supervisão de todos os materiais/suportes/conteúdos			
GO_R05	Falhas de comunicação na organização	1	2	2	GO_M12	Implementação do programa de gestão documental	SAJC / SSTI		
					GO_M13	Utilização da plataforma de Gestão de Risco (HER+) para comunicação de incidentes		GQAC	
					GO_M14	Reuniões periódicas com os diversos responsáveis dos serviços promovidas pelo CA		CA	
GO_R06	Incumprimento das deliberações tomadas pelo CA	1	2	2	GO_M15	Efetuar o follow-up periódico das deliberações efetuadas em CA	CA / Todos os Serviços		

8.3. Compras e Contratação pública

Referência do Risco	Situação Potencial de Risco	Risco Inerente			Referência da medida preventiva	Medidas de preventivas	Serviço Responsável	Grau de Implementação 2024
		P	I	Grau de risco				
CCP_R01	As obrigações legais e normativas aplicáveis podem não ser integralmente cumpridas	1	2	2	CCP_M01	Atualizar o Manual de Gestão de Compras em conformidade com o CCP e as orientações técnicas do IMPIC	SC	
					CCP_M02	Elaborar instruções de trabalho com processos normalizados e check-list de tarefas e doc. aplicáveis a cada tipo de procedimento de aquisição		
CCP_R02	As necessidades podem não estar devidamente justificadas	1	2	2	CCP_M03	Efetuar a análise custo-benefício das aquisições dos pedidos de aquisição	SC / Serv. Requisitantes	
					CCP_M04	As necessidades de investimento devem ser incluídas nos relatórios de Contratualização Interna	Todos os serviços	
					CCP_M05	A proposta de aquisição/contratação deve referir os pressupostos de cálculo das quantidades adequadas à satisfação das necessidades	SC / Serv. Requisitantes	
CCP_R03	Indicação no pedido de aquisição/contratação do fornecedor com quem se pretende contratar e/ou da marca pretendida, pelo Serv. Requisitante	3	2	6	CCP_M06	Divulgar aos serviços requisitantes a proibição de referir fornecedores e/ou marcas	SC/ Serviços requisitantes	
					CCP_M07	O Serviço de Compras deve efetuar uma auscultação de mercado atendendo às características técnicas do objeto de aquisição e registar os resultados no procedimento de aquisição	SC	
CCP_R04	Cadernos de encargos pouco claros e incompletos	1	2	2	CCP_M08	Validação das cláusulas técnicas incluídas nos caderno de encargos, bem como requisitos demasiado exigentes e/ou restritivos que ditem o afastamento de potenciais concorrentes	SC/Comissões Técnicas/SAJC	
CCP_R05	Falta de independência do Júri nos processos de aquisição/contratação	1	2	2	CCP_M09	Obrigatoriedade de preenchimento anual da declaração de inexistência de incompatibilidade cobrindo eventuais conflitos de interesses	SC	
					CCP_M10	Identificação e registo das situações de impedimento na composição de Júris		
CCP_R06	Envio recorrente de convites aos mesmos fornecedores	2	2	4	CCP_M11	Utilização da plataforma eletrónica como meio de aumentar o n.º de fornecedores consultado	SC	
CCP_R07	Recurso a ajuste direto por critérios materiais do objeto de contratação	2	2	4	CCP_M12	Solicitar a revisão jurídica da fundamentação específica para cada procedimento	SC/ SAJC	
CCP_R08	Desempenho inadequado de fornecedores	3	2	6	CCP_M13	Avaliação periódica dos fornecedores em termos de qualidade, satisfação dos prazos de entrega e quantidades encomendadas	SC/Gestores de Contratos	
CCP_R09	Existência de trabalhos a mais no âmbito das empreitadas, execução dos trabalhos sem prévia autorização do órgão competente	1	2	2	CCP_M14	Supervisão da execução do contrato de empreitadas	CA/SIE	

Referência do Risco	Situação Potencial de Risco	Risco Inerente		Referência da medida preventiva	Medidas de preventivas	Serviço Responsável	Grau de Implementação 2024	
		P	I					Grau de risco
CCP_R10	Os dados mestre de fornecedores incorretos ou desatualizados	2	1	2	CCP_M15	SC/SLI/SF/ SGF/ SIE		
					CCP_M16		Verificar que todas as alterações (criação/alteração e eliminação) a dados mestre de fornecedores são devidamente solicitadas pelos terceiros, corretamente registadas e mantidas em arquivo	
					CCP_M17		Segregação de funções c/ perfis de acesso aos dados	
					Controlo periódico dos dados mestre de existências (atualizar sempre que aplicável)			

8.4. Área Assistencial

Referência do Risco	Situação Potencial de Risco	Risco Inerente		Grau de risco	Referência da medida preventiva	Medidas de preventivas	Serviço Responsável	Grau de Implementação 2024
		P	I					
AA_R01	Acesso indevido às instalações	2	2	4	AA_M01	Restrição do acessos a pessoal devidamente identificados e autorizados	SVT	●
					AA_M02	Cumprimento de regulamento de acesso/visitas		●
					AA_M03	Controlo de acesso a áreas sensíveis (nomeadamente berçário, neonatologia, núcleo de partos)	SVT / Áreas Clínicas	●
					AA_M04	Implementação de uma política de controlo geral de acessos		●
AA_R02	Favorecimento no acesso a prestação de cuidados	1	1	1	AA_M05	Cumprimento dos estipulado nos termos do art.º 18, da Portaria 147, de 27 de abril	ULGA	●
AA_R03	Realização externa de atos clínicos sem a devida autorização	2	1	2	AA_M06	Análise mensal (por amostragem) dos tipos de MCDT's externalizados e o local da realização	UG MCDT'S	●
					AA_M07	Análise mensal dos atos realizados externamente		●
					AA_M08	Análise da capacidade instalada e taxa de utilização		●
					AA_M09	Auditorias ao agendamento dos MCDT's		SAI
AA_R04	Desvio de utentes de atividade ou programada de base para atividade adicional e/ou intervenções cirúrgicas no exterior	1	1	1	AA_M10	Cumprimento de regulamento para agendamento de doentes	Áreas Clínicas	●
					AA_M11	Monitorização da base programada		●
AA_R05	Falhas na recolha e atualização dos dados dos utentes	3	1	3	AA_M12	Ligação de dados ao RNU	SGDA	●
					AA_M13	Formação periódica dos colaboradores		●
					AA_M14	Verificações periódicas do erros		●
					AA_M15	Divulgação mensal por serviço das falhas detetadas		●

8.5. Existências

Referência do Risco	Situação Potencial de Risco	Risco Inerente			Referência da medida preventiva	Medidas de preventivas	Serviço Responsável	Grau de Implementação 2024
		P	I	Grau de risco				
EX_R01	Excesso de stock (que se poderá tornar inutilizável ou obsoleto) e existências fora de prazo	2	1	2	EX_M01	Distribuir aos serviços os artigos que se encontram em stock no armazém há mais tempo, promovendo maior rotatividade do material e menos desperdício por aproximação do prazo de validade dos artigos, garantir o escoamento do stock	SLI/SF	●
					EX_M02	Efetuar contagens periódicas e rotativas de existências verificando os prazos de validade dos artigos e promover a troca com fornecedores por produtos com prazo de validade mais alargado		●
					EX_M03	Analisar, anualmente, os produtos com fraca rotatividade (sem movimento há mais de 1 ano) e questionar os possíveis serviços consumidores sobre a utilização esperada desses materiais		●
					EX_M04	Implementação de sistema de alertas automáticas na aplicação informática		●
EX_R02	Receção de materiais em quantidades e características diferentes das encomendas	1	2	2	EX_M05	Rececionar apenas os materiais constantes em Notas de Encomenda (NE), que estejam em bom estado físico e pelas quantidades encomendadas, e devolver de imediato os produtos que não cumpram estes requisitos	SLI/SF/SIE	●
					EX_M06	Receção realizada por colaboradores com essa função atribuída, que devem registar as verificações efetuadas		●
EXI_R03	Receção não autorizada de materiais diretamente pelo BO	3	2	6	EX_M07	Cumprimento do procedimento de Gestão do Circuito de Dispositivos Médicos	BO/SLI/SC	●
EX_R04	Registo de entrada e saída de materiais não atualizado ou suportado por documentos válidos	1	2	2	EX_M08	Realizar o registo informático simultâneo com a movimentação física dos materiais/ medicamentos ou com o menor desfasamento temporal possível	SLI/SF/SIE	●
					EX_M09	Registar os movimentos de existências de forma correta e completa (armazém, código, quantidade, lote, prazo de validade)		●
					EX_M10	Efetuar contagens periódicas e rotativas, e inventário anual no final do exercício		●
EX_R05	Distribuição de materiais/medicamentos em quantidades e características diferentes do necessário	1	2	2	EX_M11	Controlar física e qualitativamente os materiais/medicamentos à saída do armazém central e à entrada dos armazéns avançados	SLI/SF/Arm. Avançados	●

8.6. Imobilizado

Referência do Risco	Situação Potencial de Risco	Risco Inerente			Referência da medida preventiva	Medidas de preventivas	Serviço Responsável	Grau de Implementação 2024
		P	I	Grau de risco				
IMO_R01	Equipamentos não se encontram fisicamente no local registado no mestre de imobilizado	3	1	3	IMO_M01	Realizar inventário físico de equipamentos, parcelar e periodicamente, e atualizar o local físico dos bens	SLI	
					IMO_M02	Lista atualizada de todos os equipamentos a afixar em cada serviço		
					IMO_M03	Sempre que o equipamento for transferido de serviço é obrigatório comunicar ao SLI	Serviços utilizadores	
IMO_R02	Incorreta identificação dos equipamentos para a abate	1	2	2	IMO_M04	Equipamentos para abate físico alocados em local próprio e com acesso restrito	SLI/SSTI/SIE	
					IMO_M05	Cumprimento do procedimento de Abate de Equipamento	Serviços Envolvidos	
					IMO_M06	Assegurar que todos os abates são autorizados pelo CA e previamente validados pelo Auditor Interno	SLI/SAI	
IMO_R03	Extravio de Equipamentos	1	3	3	IMO_M07	Rastreio dos equipamentos através de TAG's por geolocalização	SSTI	
					IMO_M08	Realizar inventário aleatórios e parcelares	SLI	
					IMO_M09	Responsabilizar os serviços pelo equipamento à sua guarda	SLI/Serv. Utilizadores	
IMO_R04	Entrada não autorizada de equipamentos diretamente para os Serviços (empréstimos, demonstrações, ofertas)	2	3	6	IMO_M10	Obrigatório fazer pedido prévio de autorização ao CA	Serv. Utilizadores	
					IMO_M11	Registo de todos os equipamentos de acordo com a sua situação	SLI	
IMO_R05	Uso indevido dos equipamentos	1	3	3	IMO_M12	Elaboração de Normas, procedimentos ou regulamentos de utilização dos equipamentos, consoante a respetiva natureza		
					IMO_M13	Responsabilizar os serviços pela monitorização do cumprimento das normas relativas à utilização dos equipamentos que lhe esta afeto	Serv. Utilizadores	

8.7. Recursos Humanos

Referência do Risco	Situação Potencial de Risco	Risco Inerente			Referência da medida preventiva	Medidas de preventivas	Serviço Responsável	Grau de Implementação 2024
		P	I	Grau de risco				
RH_R01	Informação (dados mestre) de colaboradores incorretos ou desatualizada	2	1	2	RH_M01	Solicitar periodicamente que os colaboradores atualizem os dados	SGRH	●
RH_R02	Acesso indevido a informações confidenciais dos colaboradores	1	3	3	RH_M02	Medidas de segurança nos arquivos dos processos individuais	SGRH/SSTI/EPD	●
					RH_M03	Implementação de níveis de acesso às informações individuais na aplicação RHV	SGRH/SSTI/EPD	●
RH_R03	Falhas no controlo da vigência dos contratos de trabalho	1	1	1	RH_M04	Monitorização atualizada das vigências do termino dos contratos de trabalho	SGRH	●
RH_R04	Faltas justificadas sem o devido fundamento e atribuição de dias de férias superior ao legalmente previsto	2	1	2	RH_M05	Implementação do procedimento que regule os horários de trabalho	SGRH	●
					RH_M06	Todas as informações sobre faltas, férias e licenças devem cumprir a legislação em vigor		●
RH_R05	Ausência de registos biométricos em todos os períodos do horário de trabalho	2	2	4	RH_M07	Registo biométrico efetuados por todos os colaboradores		●
					RH_M08	Verificação por amostragem (trimestralmente) baseada nos saldos horários dos trabalhadores do sistema de registo biométrico	SGRH	●
RH_R06	Processamento sem autorização de quantias decorrentes de deslocações Preenchimento desconforme dos boletins de itinerário	2	1	2	RH_M09	Cumprimento do procedimento de Autorização e Pagamento de Ajudas de Custo		●
RH_R07	Processamento de abonos não autorizados, incluindo trabalho extraordinário	1	2	2	RH_M10	Submeter todos os abonos não regulares para aprovação superior de acordo com a delegação de competências estabelecida	SGRH	●
					RH_M11	Análise mensal dos abonos variáveis processados		●
RH_R08	Incumprimento dos prazos estipulados na Lei para cada ciclo avaliativo	2	2	4	RH_M12	Verificação do cumprimento das normas instituídas para aplicação do SIADAP		●
					RH_M13	Reuniões periódicas dos diversos CCA (Carreira Geral, Médica e Enfermagem) com emanações de orientações a publicar	SGRH	●
					RH_M14	Divulgação do prazo a cumprir		●
RH_R09	Ausência ou deficiente fundamentação dos atos de seleção de pessoal e dos resultados das decisões	1	1	1	RH_M15	Realização de procedimentos de recrutamento e seleção em conformidade com a lei e normas aplicáveis		●
					RH_M16	Definição objetiva dos critérios de seleção e perfis pretendidos		●
					RH_M17	Procedimentos de recrutamento devidamente aprovados	SGRH	●
					RH_M18	Elaboração de atas das reuniões dos júris dos concursos		●
					RH_M19	Publicitação dos resultados com a ordenação dos candidatos		●

8.8. Financeiro

Referência do Risco	Situação Potencial de Risco	Risco Inerente		Grau de risco	Referência da medida preventiva	Medidas de preventivas	Serviço Responsável	Grau de Implementação 2024
		P	I					
FIN_R01	Os dados mestre de fornecedores, podem estar incorretos e/ou desatualizados	1	2	2	FIN_M01	Segregar as funções na alteração e atualização de dados dos fornecedores através do perfil de acesso à aplicação SICC	SGF	●
FIN_R02	Atos clínicos não faturados, faturados incorretamente ou não faturados oportunamente	1	2	2	FIN_M02	Verificar mensalmente que todos os atos clínicos "não SNS" registados no Sonho no período foram faturados	SGF	●
FIN_R03	Cobrança não atempada	1	1	1	FIN_M03	Entregar as faturas por cobrar ao Serviço de Apoio Jurídico e Contencioso de modo a atuar judicialmente antes da sua prescrição e provisionar valores incobráveis	SGF	●
FIN_R04	Faturas de fornecedores recebidas em situação de incumprimento da obrigação contratual	2	2	4	FIN_M04	As faturas são conferidas pelo Gestor do Contrato e pelo SGF, que verificam o cumprimento de todas as obrigações contratuais e aplicam as penalização fixadas nos contratos	SGF/Gestor Contrato	●
FIN_R05	Pagamentos efetuados incorretamente	1	3	3	FIN_M05	Os pagamentos são efetuados após verificação dos dados das faturas e notas de crédito, e do cumprimento dos requisitos fixados na LCPA	SGF	●
					FIN_M06	Todos os pagamentos devem ser efetuados mediante comprovativos das boas condições do trabalho realizado/produto e a apresentação dos autos de medição ou de execução, certificados e aprovados pelos serviços		●
					FIN_M07	Circularização periódica de fornecedores e respetiva conciliação		●
FIN_R06	Pagamentos a fornecedores que não obedecem ao critério de pagamento por antiguidade	2	2	4	FIN_M08	A decisão de pagamento é validada por Membro do CA com competências para o ato	SGF/CA	●
					FIN_M09	Análise regular da antiguidade, saldos e dívidas de fornecedores	SGF	●
FIN_R07	Conferência de faturas de exames no exterior sem termo de responsabilidade / requisição	1	1	1	FIN_M10	As faturas são conferidas face ao termo de responsabilidade /requisição	SGF	●
FIN_R08	Apropriação ou movimentos incorretos de dinheiro	1	4	4	FIN_M11	A movimentação das contas bancárias (pagamentos) exigem a assinatura de dois membros do CA com competências para o ato	SGF/CA	●
					FIN_M12	Efetuar conciliações bancárias mensalmente	SGF	●
					FIN_M13	Toda e qualquer saída de numerário é suportada por documento justificativo e autorizado por Membro do CA com competências para o ato	SGF/CA	●
					FIN_M14	Reduzir os montantes em caixa e efetuar contagens periódicas, com conferência pelo superior hierárquico	SGF /SAI	●

Referência do Risco	Situação Potencial de Risco	Risco Inerente		Grau de risco	Referência da medida preventiva	Medidas de preventivas	Serviço Responsável	Grau de Implementação 2024
		P	I					
FIN_R09	Apropriação ou não entregue (oportuna e integralmente) de valores cobrados de taxas moderadoras	1	2	2	FIN_M15	Conferência dos valores cobrados diariamente através do confronto de listagens do SONHO	SGF/SGDA	●
					FIN_M16	Privilegiar o recebimento via Multibanco. Reduzir ao mínimo possível a utilização de numerário		●
					FIN_M17	A Tesouraria envia diariamente para a Direção Financeira a lista dos colaboradores dos postos de atendimento que não entregaram a cobrança oportunamente		●
					FIN_M18	Existência de cofres para depósito diário dos valores cobrados de taxas moderadoras		●
FIN_R10	Falhas na cobrança de taxas moderadoras (atribuição de isenções, anulação indevida de recibos)	1	2	2	FIN_M19	Validação dos dados do doente no RNU	SGF/SGDA	●
					FIN_M20	Cumprir o definido no procedimento de cobrança de taxas moderadoras		●
					FIN_M21	Formação periódica aos colaboradores sobre taxas moderadoras		●
					FIN_M22	Todas as anulações de recibos de taxas moderadoras efetuadas são justificadas e validadas pelo responsável do SGDA		●
					FIN_M23	Todos os recibos anulados são entregues na Tesouraria, com a respetiva fundamentação (criação de formulário próprio para o efeito)		●

8.9. Sistemas de Tecnologia e Informação

Referência do Risco	Situação Potencial de Risco	Risco Inerente			Referência da medida preventiva	Medidas de preventivas	Serviço Responsável	Grau de Implementação 2024
		P	I	Grau de risco				
STI_R01	Inadequada contratualização e/ou prestação de níveis de serviço em áreas tecnológicas dependetes de infraestruturas externas	1	3	3	STI_M01	Definição e revisão de forma de níveis de serviços com entidades/fornecedores externos	SSTI	●
					STI_M02	Monitorização e comunicação das vulnerabilidades encontradas no cumprimento dos níveis de serviço acordados		●
					STI_M03	Avaliação desempenho do fabricante e/ou fornecedor do serviço		●
STI_R02	Perda/falta de controlo interno sobre os recursos disponibilizados pelas TI's	2	3	6	STI_M04	Definição de processos e utilização de ferramentas para medir a utilização e o desempenho dos sistemas e comunicações	SSTI	●
					STI_M05	Análise e revisão periódica da infraestrutura tecnológica		●
					STI_M06	Planeamento atempado da aquisição e alocação dos recursos necessários (gestão de capacidades)		●
STI_R03	Eventual interrupção de serviço contínuo com conseqüente perda de informação	2	3	6	STI_M07	Identificação, classificação e monitorização dos componentes mais críticos da infraestrutura tecnológica	SSTI	●
					STI_M08	Estabelecimento de redundância		●
					STI_M09	Desenvolver sistemas de contingência aos centros de dados da Instituição		●
STI_R04	Aceder a informação indevidamente	1	3	3	STI_M10	Criação de perfis de acesso, partindo sempre do princípio de acesso mínimo para o exercício das funções	SSTI	●
					STI_M11	Alteração periódica das senhas de acesso à rede interna da Instituição		●
STI_R05	Falhas na inativação de permissões de acesso já caducadas	1	1	1	STI_M12	Report mensal das listagens com saída ou mudança de local dos colaboradores	SSTI	●
					STI_M13	Software Gestão de Identidades		SGRH
STI_R06	Interrupção de serviços fornecidos pelos sistemas de informação	2	3	6	STI_M14	Desenvolver, nas unidades utilizadoras, os procedimentos de atuação previstos em caso de falha dos sistemas de informação	SSTI	●
					STI_M15	Criação de Planos de Contingência		●

Referência do Risco	Situação Potencial de Risco	Risco Inerente			Referência da medida preventiva	Medidas de preventivas	Serviço Responsável	Grau de Implementação 2024
		P	I	Grau de risco				
STI_R07	Perda, modificação, manipulação, adulteração ou destruição de informação/dados por intrusão	3	3	9	STI_M16	Elaboração de normas no sentido de uniformizar e regular o uso dos sistemas de informação através de políticas de segurança, utilização e privacidade	SSTI	●
					STI_M17	Responsabilização dos titulares das senhas de identificação pela sua utilização		●
					STI_M18	Procedimentos de controlo de acessos, autorização e autenticação dos recursos e serviços de tecnologias de informação disponibilizados		●
					STI_M19	Aplicação de medidas de segurança aos pontos de controlo da rede e regulação do tráfego de dados		●
					STI_M20	Avaliação dos níveis de segurança e controlo dos acessos (permissões) à informação		●
					STI_M21	<i>Data Center</i> com sistema de monitorização, controlo e acesso restrito a profissionais autorizados		●
					STI_M22	Reforço das políticas de segurança e realização de testes de intrusão		●
STI_R08	Perda do controlo do meio físico e ambiental que rodeia e protege os recursos tecnológicos de acidentes	2	3	6	STI_M23	Controlo, monitorização e correção do meio físico e ambiental para o <i>Data Center</i> , de acordo com as normas internacionais	SSTI	●
					STI_M24	<i>Data Center</i> com sistema de monitorização, controlo e acesso restrito a profissionais autorizados		●
					STI_M25	Inspeções físicas regulares aos sistemas de deteção de incidentes e de controlo do meio ambiente		●
STI_R09	Partilha de senhas entre os utilizadores	3	3	9	STI_M26	Responsabilização dos titulares das senhas de identificação pela sua utilização, conforme previsto no procedimento interno	SSTI/EPD	●
STI_R10	Sessões de trabalho abertas sem a presença do respetivo colaborador	1	2	2	STI_M27	Automatismos para quebra de sessão sem atividade	SSTI/EPD	●
STI_R11	Ligação deficiente entre as aplicações. Inexistência de atualização automática dos dados dos utentes na integração entre aplicações	1	3	3	STI_M28	Análise da informação de erro gerada pelas aplicações aquando da integração	SSTI	●
					STI_M29	Implementação de solução de interoperabilidade entre operações		●

9. Conclusões

O presente relatório teve como propósito monitorizar o nível de execução durante o ano de 2024, das medidas preventivas identificadas no PPR, procurando avaliar e refletir sobre a sua eficácia e adequação.

Da monitorização efetuada, considerando as 153 medidas preventivas identificadas, verifica-se que 152 (99,3%) se encontram implementadas, em curso ou parcialmente implementadas.

À data de elaboração do presente relatório, o PPR encontra-se em fase de atualização, procurando espelhar as alterações originadas pela nova estrutura organizacional, designadamente através da integração dos cuidados de saúde primários. O novo PPR pretende adequar a identificação dos riscos de gestão e corrupção, em função da dimensão e do plano estratégico da ULSEDV.

Considera-se fundamental a continuidade da aposta no envolvimento dos responsáveis das unidades orgânicas, com vista a que aqueles reconheçam o PPR como um elemento importante para identificação e mitigação dos riscos inerentes à atividade desenvolvida.

10. Disposições Finais

O presente documento, após a sua aprovação pelo Conselho de Administração, deverá ser divulgado junto dos intervenientes, publicado na intranet e no sítio da internet, sendo disponibilizado às entidades referidas na legislação em vigor, através da comunicação na plataforma do Mecanismo Nacional Anticorrupção.

Assinado por: **Joel António Oliveira Pereira**
Data: 2025.04.17 13:03:55+01'00'



Auditor Interno

Assinado por: **MARTA ISABEL RIBAS NEVES DE PINHO**
Data: 2025.04.17 13:01:28+01'00'



Auditora Interna