

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR)

Relatório de Avaliação Anual

Abril 2025

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
REGIÃO DE AVEIRO

A Auditora Interna	Aprovado pelo Conselho de Administração em:
A Auditora Interna Assinado por: VANESSA LARA DA SILVA MARTINS Num. de Identificação: 10895150 Data: 2025.05.22 07:50:26+01'00'  CARTÃO DE CIDADÃO	Reunião de C.A. N.º <u>95</u> de <u>22/05/2025</u> Deliberação: <u>Aprovado.</u> <u>[Assinatura]</u> (Presidente do C.A.) <u>[Assinatura]</u> (Vogal do C.A.) <u>[Assinatura]</u> (Diretor dos Serviços) <u>[Assinatura]</u> (Ent. Direção)

FICHA TÉCNICA

Título: Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR)

Relatório de Avaliação Anual – Abril 2025

Coordenação: Responsável pelo Cumprimento Normativo

Edição: Serviço de Auditoria Interna

Data: Maio de 2025

 auditoria.interna@ulsra.min-saude.pt

 <http://www.ulsra.min-saude.pt/>

ÍNDICE

1.ENQUADRAMENTO	4
2.CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE	5
3.ELABORAÇÃO E CONTEÚDO DO RELATÓRIO	6
4.AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	10
5.CONCLUSÃO.....	13
MATRIZES DE RISCO	15
1. ANEXO 1. RISCOS IDENTIFICADOS POR ÁREA E RESPETIVAS MEDIDAS PREVENTIVAS.....	16

1. ENQUADRAMENTO

Nos termos do artigo 86º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do SNS, compete ao Serviço de Auditoria Interna elaborar o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas e os respetivos relatórios anuais de execução, os quais são aprovados e submetidos pelo Conselho de Administração ao Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC)¹ e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Decorrente do Decreto-Lei n.º 109 E/2021 de 9 de dezembro, que cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e estabelece o Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC), as entidades abrangidas devem adotar um Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR).

De acordo com o RGPC, a execução do PPR, está sujeita a controlo, efetuado com a elaboração:

- a) no mês de outubro, de um relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo;
- b) **no mês de abril** do ano seguinte a que respeita a execução, de um relatório de avaliação anual, contendo nomeadamente a quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas, bem como a previsão da sua plena implementação.

Os referidos relatórios deverão ser publicados na Intranet e no site Institucional, bem como comunicados aos membros do Governo responsáveis pela respetiva direção, superintendência ou tutela, para conhecimento, e aos serviços de inspeção da respetiva área governativa, bem como ao MENAC, no prazo de 10 dias contados desde a sua elaboração.

De acordo com as medidas de prevenção consagradas no RGPC, está prevista a designação, pelas entidades abrangidas, de um Responsável pelo cumprimento normativo, elemento ao qual compete, de modo independente e com autonomia decisória, garantir e controlar a aplicação do Programa de Cumprimento Normativo que integra, para além do Plano de Prevenção de Riscos (PPR) outras componentes, designadamente o Código de Conduta e os Canais de Denúncia, instrumentos já implementados pela Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E. (ULSRA) amplamente divulgados, e que constam da página oficial.

Neste sentido, no seguimento da Orientação n.º 1/2024 do MENAC, o Conselho de Administração deliberou designar a Presidente da ULSRA, como Responsável pelo Cumprimento Normativo (RCN) nos termos e para os efeitos previstos no referido diploma, assessorada nestas funções pelo Serviço de Auditoria Interna.

¹ O Conselho de Prevenção da Corrupção, criado em 2008, junto do Tribunal de Contas, cessa as suas funções, na sequência da instalação definitiva do Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC), operada pela Portaria n.º 155-B/2023, de 6 de junho.

Dando cumprimento ao enquadramento legal apresentado, procede-se à elaboração do **Relatório de Avaliação Anual do PPR do ano de 2024**, o qual depois de aprovado pelo Conselho de Administração, será enviado às entidades acima indicadas.

O presente documento foi elaborado pelo Auditor Interno e coordenado pelo responsável pelo cumprimento normativo do RGPC, em articulação com os responsáveis/dirigentes de cada serviço/área de risco.

2. CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE

O Decreto-Lei nº 102/2023 de 7 de novembro, veio proceder à criação, com natureza de Entidade Pública Empresarial (EPE), de unidades locais de saúde, através da integração dos hospitais e centros hospitalares existentes com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), adotando para isso o modelo de organização e funcionamento em Unidade Local de Saúde (ULS), nos termos previstos no Estatuto do SNS. Esta alteração visa a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, o reforço dos cuidados primários na resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e a aposta na promoção da saúde.

O referido DL, alterado pelo Decreto-Lei 54/2024 de 6 de setembro, posteriormente corrigido pela Declaração de Retificação nº 38/2024/1, procede à reestruturação do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. com integração do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga, com exceção do Centro de Saúde de Ovar, passando a denominar-se **Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E. (ULSRA)**.

2.1 Estrutura Orgânica

ÓRGÃOS DE GOVERNAÇÃO

Nos termos dos Estatuto do SNS a estrutura dos órgãos da ULSRA, é a seguinte:

- Conselho de Administração (CA);
- Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas (ROC);
- Conselho Consultivo.

ÁREAS ORGANIZATIVAS

O organograma da ULSRA inclui três áreas organizativas que se articulam de forma integrada:

- Área de Prestação de Cuidados;
- Serviços Transversais à Prestação de Cuidados, e
- Área de Gestão, Logística e Apoio Geral.

de funções pelos titulares dos órgãos de administração e direção, considerando a realidade do setor e as áreas geográficas em que a entidade atua;

- Medidas preventivas e corretivas que permitam reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos e situações identificados.

Do **Relatório Anual de Avaliação do PPR** devem ainda constar:

- ✓ As áreas de atividade da entidade com risco de prática de atos de corrupção e infrações conexas;
- ✓ A probabilidade de ocorrência e o impacto previsível de cada situação, de forma a permitir a graduação dos riscos;
- ✓ Medidas preventivas e corretivas que permitam reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos e situações identificados;
- ✓ Nas situações de risco elevado ou máximo, as medidas de prevenção mais exaustivas, sendo prioritária a respetiva execução;
- ✓ A designação do responsável geral pela execução, controlo e revisão do PPR, que pode ser o responsável pelo cumprimento normativo.
- ✓ A quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas, bem como a previsão da sua plena implementação.

3.1 Responsabilidades

Tendo em conta as boas práticas da norma da FERMA³, no quadro seguinte identificam-se os grupos de intervenientes na gestão de riscos e respetivas responsabilidades:

INTERVENIENTES	FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES
Conselho de Administração	✓ Definir a política de gestão de riscos ✓ Decidir o posicionamento frente aos riscos (evitar, aceitar, reduzir) ✓ Aprovar o PPR e proceder à sua divulgação ✓ Garantir os níveis de sensibilização adequados ✓ Conhecer o perfil de risco da organização

³ Norma de Gestão de Riscos da *Federation of European Risk Management Associations*

Gestores de Departamento/Responsáveis de Serviço/Diretores de Serviço	✓ Organizar, aplicar e acompanhar o PPR na área respetiva; ✓ Identificar, recolher e comunicar desvios, ocorrências de maior e falhas nas medidas de controlo; ✓ Identificar, recolher e comunicar riscos novos e respetivas medidas de prevenção;
Serviço de Auditoria Interna	✓ Acompanhar a execução do PPR na organização; ✓ Elaborar os relatórios de monitorização do PPR; ✓ Proporcionar um apoio e um envolvimento ativos no processo de gestão de riscos; ✓ Rever e atualizar o PPR com os contributos de todos os intervenientes; ✓ Focar o trabalho da auditoria interna nos riscos significativos que foram identificados pela gestão da organização e fazer auditorias aos processos de gestão de riscos.
Responsável pelo Cumprimento Normativo	✓ Garantir e controlar a aplicação do programa de cumprimento normativo do RGPC.

3.2 Avaliação do Risco

A gestão de risco deverá estar alinhada com os objetivos da instituição. São vários os fatores que levam a que o desenvolvimento de um evento/atividade/serviço tenha um maior ou menor risco. Os fatores externos podem ser dos mais variados e dependem em grande parte da própria envolvente da instituição (Políticos, Económicos, Sociais, Tecnológicos, Ambientais, Legais). Quanto aos fatores internos pode-se, entre outros, considerar:

- A competência da gestão, uma vez que uma menor competência da atividade de gestão envolve, necessariamente, um maior risco;
- A integridade dos gestores e decisores, dado que, com um comprometimento ético e um comportamento rigoroso haverá um menor risco;
- A qualidade do sistema de controlo interno e a sua eficácia, já que quanto menor a eficácia maior o risco.

De forma a compreender a natureza do risco e as suas características, o nível de risco resulta da combinação da **Probabilidade de Ocorrência (P)** de um evento e das consequências que resultam da materialização desse evento, particularmente o seu **Impacto (I)** nos objetivos e atividades da ULSRA.

PROBABILIDADE DE OCORRÊNCIA

ESCALA	DESCRIÇÃO DA PROBABILIDADE (P)
BAIXA	RARA - Possibilidade de ocorrência, mas com hipóteses de acautelar o evento com o procedimento de controlo interno existente para o tratar.
MÉDIA	PROVÁVEL - Possibilidade de ocorrência, mas com hipóteses de acautelar o evento através de decisões e ações adicionais.
ALTA	PRATICAMENTE CERTA - Forte possibilidade de ocorrência e escassez de hipóteses de acautelar o evento mesmo com decisões e ações adicionais essenciais.

IMPACTO DA CONSEQUÊNCIA

ESCALA	DESCRIÇÃO DO IMPACTO (I)
BAIXO	Afeta os procedimentos sem impacto significativo no desempenho da entidade.
MÉDIO	Afeta o desempenho da entidade obrigando a reorganização de processos e procedimentos.
ALTO	Afeta significativamente o desempenho, a imagem e reputação da entidade.

Do cruzamento das variáveis **(P)** e **(I)** resulta a seguinte **Matriz de Risco**, que irá ser aplicada a cada um dos riscos potenciais identificados para a ULSRA:

MATRIZ DE RISCO		Impacto (I)		
		Baixo	Médio	Alto
Probabilidade (P)	Baixa	Baixo	Baixo	Moderado
	Média	Baixo	Moderado	Elevado
	Alta	Moderado	Elevado	Elevado

O nível de risco é apurado por cada responsável e advém da combinação das classificações atribuídas para cada uma das variáveis, grau de probabilidade de ocorrência e impacto da consequência, de que resulta a graduação do risco em **Baixo**, **Moderado** e **Elevado**.

4. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

A monitorização constitui um processo sistemático de acompanhamento do risco em todas as suas componentes que permite assegurar a eficácia da criação, implementação e resultados do processo de gestão de riscos, em tempo oportuno, nomeadamente identificar alterações nos contextos interno e externo que podem impor a revisão do tratamento de riscos e prioridades e obter informação adicional para melhorar o processo.

A monitorização assenta na análise das respostas dos responsáveis das áreas envolvidas, por intermédio de formulários e ações, pelo Serviço de Auditoria Interna. Pretende-se garantir que estão implementados os controlos adequados para as atividades da ULSRA e que os procedimentos são compreendidos e seguidos em todos os níveis.

Para o efeito, solicitou-se aos responsáveis que identificassem, de acordo com o definido no PPR em vigor, as medidas que foram implementadas para mitigação/eliminação dos riscos e respetivas evidências, assim como, para cada medida não implementada fosse identificado o motivo da não implementação e o prazo para execução da mesma.

As medidas propostas foram avaliadas, com base na definição de quatro níveis de implementação:

-  “Implementada” – significa que o procedimento foi completamente executado;
-  “Parcialmente Implementada” – significa que o procedimento foi executado apenas parcialmente / ou em parte das situações aplicáveis;
-  “Não implementada” – significa que o procedimento não foi executado;
-  “Sem Efeito” - significa que o procedimento não foi executado, porque se verificou que o mesmo estaria desadequado e / ou já não era exigido.

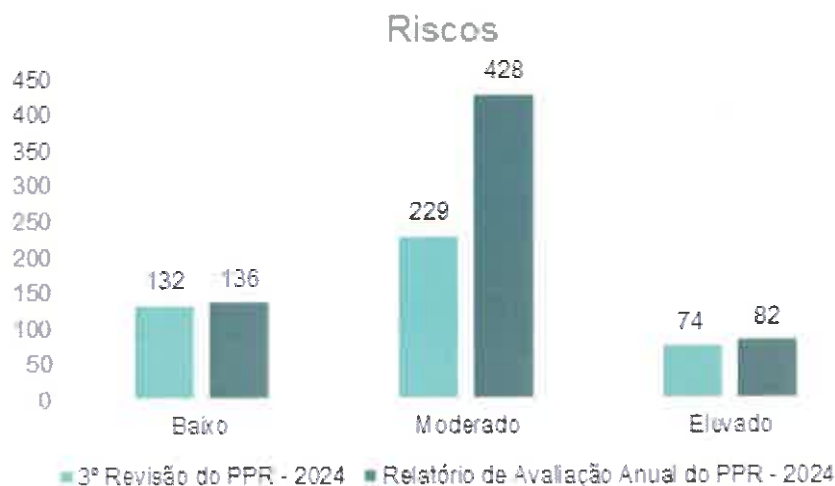
No sentido de obter um PPR que abranja toda a organização, foi efetuado um novo mapeamento dos riscos distribuído pelas seguintes áreas/serviços:

Área/Serviço	Revisão do PPR - 2024					Relatório de Avaliação Anual do PPR - 2024					Análise Comparativa				
	Riscos	Prevenção	Correção	Monitorização	Outros	Riscos	Prevenção	Correção	Monitorização	Outros	Riscos	Prevenção	Correção	Monitorização	Outros
Unidade de Gestão da Qualidade (UGQ)	19	12	9	40	76	15	19	0	40	76	4	7	1	0	0
Unidade de Gestão da Qualidade (UGQ) - Qualidade	3	13	1	17	26	1	15	1	17	26	2	2	0	0	0
Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão (SPCG)	1	0	1	13	16	1	11	1	13	16	0	0	0	0	0
Serviço de Avaliação e Certificação (SAC)	2	1	1	7	11	1	3	1	7	12	1	1	2	0	0
Unidade de Gestão da Qualidade (UGQ) - Segurança	1	7	2	10	11	1	8	1	10	13	0	1	1	0	0
Serviço Farmacêutico	3	6	5	14	28	3	7	4	14	28	0	1	1	0	0
Serviço de Gestão de Doentes (SGD)	12	13	1	26	52	12	13	1	26	52	0	0	0	0	0
Serviço de Planeamento (SP)	13	22	7	47	77	17	28	4	47	77	1	4	3	0	0
Serviço de Recursos Humanos (SRH)	6	23	14	43	76	6	23	13	44	79	2	0	1	1	4
Serviço de Controlo e Segurança da Qualidade (SCQ)	17	21	5	53	133	11	14	8	53	133	6	2	3	0	0
Serviço de Controlo e Segurança da Qualidade (SCQ) - Qualidade	8	29	11	48	89	8	30	10	48	89	0	1	1	0	0
Serviço de Controlo e Segurança da Qualidade (SCQ) - Segurança	11	15	6	31	60	11	19	2	32	60	0	4	4	0	0
Serviço de Informação e Análise de Sistemas (SIAS)	16	7	1	34	57	15	7	2	34	56	1	0	1	0	1
Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE)	6	10	0	16	26	6	6	0	22	24	10	4	0	6	1
Unidade de Gestão da Qualidade (UGQ) - Segurança	2	7	0	9	16	2	7	0	15	16	0	0	0	0	0
Serviço de Gestão da Qualidade e Segurança do Doente (SGQSD)	1	5	4	10	27	3	6	1	20	27	2	1	3	0	0
Departamento de Cuidados de Saúde Primários (DCSP)	6	16	4	26	35	4	7	0	11	16	4	7	0	11	16
Departamento de Saúde Pública (DSP)															
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Cardiologia						0	12	1	13	25	0	12	1	13	33
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Cuidados Paliativos						0	11	2	13	31	0	11	2	13	31
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Endocrinologia						0	10	3	13	33	0	10	3	13	33
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Hematologia						0	9	2	11	29	0	9	2	11	29
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Infectologia						0	15	2	17	40	0	15	2	17	40
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Medicina Física e Trabalho (MPPT)						0	15	2	17	40	0	15	2	17	40
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Medicina Interna						0	11	1	16	37	0	13	3	16	37
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional (MTSO)						0	13	1	14	32	0	13	1	14	32
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Neurologia						0	14	2	16	36	0	14	2	16	36
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Unidade de Hospitalização Domiciliar (UHD)						0	16	0	16	37	0	16	0	16	37
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Unidade de Hospitalização Domiciliar (UHD) - Imunoterapia						0	13	4	17	37	0	13	4	17	37
Departamento de Mulher e da Criança (DMC)						0	14	1	15	36	0	14	1	15	36
Departamento de Polipneumologia e de Saúde Mental (DPSM)						0	14	1	15	36	0	14	1	15	36
TOTAL	211	229	74	428	646	211	229	74	428	646	0	136	82	136	82

Fonte: Modelo de Risco

Em resultado da avaliação anual, foram incluídas **14 novas áreas/serviços**, identificados **646 riscos** (+211 face à 3ª Rev PPR) e previstas **1.318 medidas** (+477 face à 3ª Rev PPR) preventivas/corretivas.

Salienta-se que, dos **646 riscos** acima identificados, 136 foram considerados de risco **Baixo**, 428 de risco **Moderado** e 82 de risco **Elevado**.



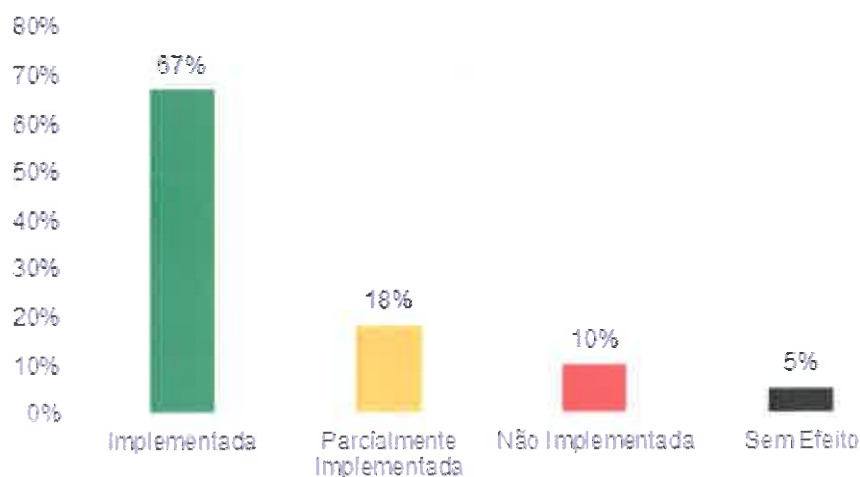
No quadro seguinte, apresenta-se uma síntese global do grau de implementação das medidas preventivas/corretivas, por área/serviço:

Área/Serviço	Riscos	Medidas	Implementadas	Parcialmente Implementadas	Não Implementadas	Sem Efeito
Transversal à Instituição	40	76	48	63%	25	33%
Serviço de Auditoria Interna (SAI)	17	26	18	69%	8	31%
Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão (SPCG)	13	26	14	54%	8	31%
Serviço Jurídico e Contencioso (SJ)	7	12	6	50%	1	8%
Gabinete de Comunicação	10	13	6	46%	6	46%
Serviços Farmacéuticos	14	38	28	74%	8	21%
Serviço de Gestão de Doentes (SGD)	26	57	38	67%	7	12%
Serviços Financeiros (SF)	47	77	51	66%	20	26%
Serviço de Recursos Humanos (SRH)	44	79	35	44%	15	19%
Serviço de Compras e Serviço de Logística (SCL)	53	133	68	51%	34	26%
Serviço de Gestão Hoteleira e Ambiente (SGHA)	48	89	56	63%	29	33%
Serviço de Informática e Análise de Sistemas (SIAS)	32	60	45	75%	15	25%
Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE)	24	56	22	39%	3	5%
Gabinete de Enfermagem Clínica (GEC)	22	24	7	29%	11	46%
Centro de Formação (CF)	9	15	7	47%	7	7%
Serviço de Gestão de Qualidade e Segurança do Doente (SGQSD)	10	27	21	78%	5	19%
Departamento de Cuidados de Saúde Primários (DCSP)	26	36	17	47%	4	11%
Departamento de Saúde Pública (DSP)	11	16	10	63%	4	25%
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Cardiologia	13	35	31	89%	2	6%
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Cuidados Paliativos	13	31	29	94%	1	3%
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Endocrinologia	13	33	24	73%	2	6%
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Hematologia	11	29	25	86%	1	3%
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Infeciologia	17	40	34	85%	4	10%
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Medicina Física e Reabilitação	17	40	34	85%	4	10%
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Medicina Interna	16	37	30	81%	3	8%
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional (MTSO)	14	32	28	88%	2	6%
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Neurologia	16	36	28	78%	2	6%
Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Unidade de Hospitalização Domiciliária (HD)	16	37	33	89%	2	5%
Unidade de Gestão de MCDT (UGMCDT) - Imunohematologia	15	35	31	89%	2	6%
Departamento da Mulher e da Criança (DMC)	17	37	30	81%	2	5%
Departamento de Psiquiatria e de Saúde Mental (DPSM)	23	36	22	60%	2	6%
TOTAL	640	1.518	804	67%	234	37%

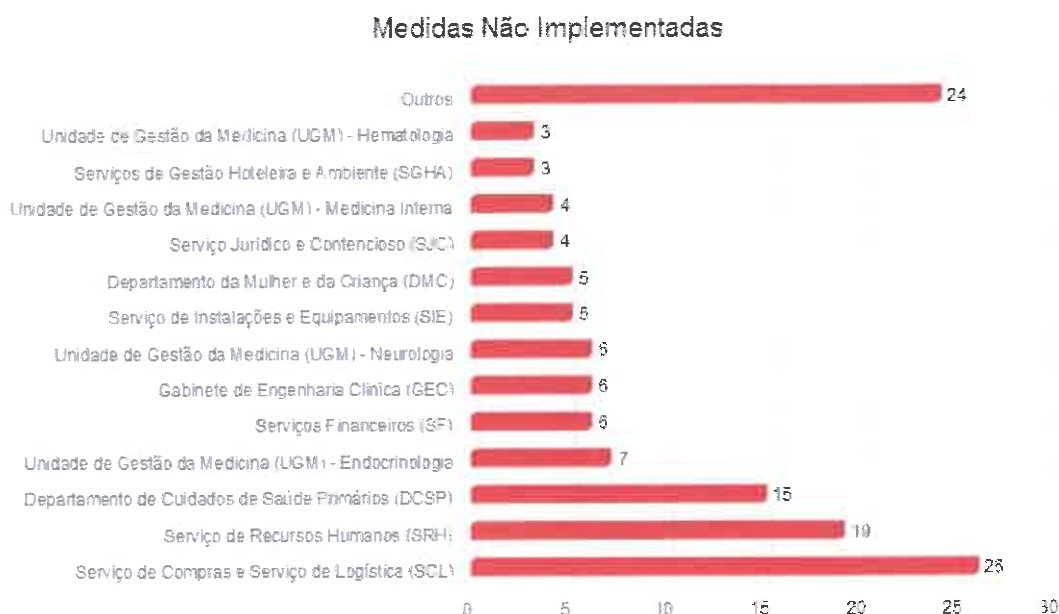
Fonte: Matriz de Risco

Após a monitorização efetuada verificou-se que 85% das medidas encontram-se já implementadas ou em fase de implementação, devendo ser assegurada a sua continuidade. No que diz respeito às medidas relativamente às quais ainda não foi possível proceder à sua implementação, o respetivo processo está calendarizado em cada uma das matrizes de risco apresentadas em anexo ao presente documento, sendo que serão alvo de uma avaliação no próximo relatório de execução anual.

Medidas



Verifica-se ainda que se encontram por implementar 133 medidas (10%), das quais 26 referem-se ao Serviço de Compras e Serviço de Logística, 19 ao Serviço de Recursos Humanos e 15 ao Departamento de Cuidados de Saúde Primários:



Numa avaliação genérica, considera-se que as medidas previstas no PPR foram corretas e adequadas, contribuindo para eliminar ou evitar os riscos identificados de forma eficaz, tendo para tal contribuído, o facto de os responsáveis pelas respetivas áreas reconhecerem o plano de prevenção de riscos como um elemento importante para identificarem e mitigarem riscos inerentes às suas atividades.

Neste sentido e relativamente a todas as medidas identificadas nas matrizes de riscos que integram o presente documento, os dirigentes ou responsáveis de cada serviço, promoveram uma análise do respetivo grau de execução, identificando novos riscos e medidas (com sombreado a amarelo) e eliminando outros “sem efeito” que já não se encontravam adequados.

5. CONCLUSÃO

A monitorização do PPR, designadamente das medidas preventivas nele previstas, reveste-se de uma importância fundamental para que as entidades percebam se estão a dinamizar adequadamente as medidas preventivas adotadas e se elas estão a revelar capacidade para evitar a ocorrência dos riscos que motivaram a sua adoção.

Neste âmbito, o reforço sistemático dos métodos e procedimentos implementados pelos responsáveis dos Serviços, que contribuam para assegurar o desenvolvimento e controlo das

atividades de forma adequada e eficiente, de modo a permitir a salvaguarda dos ativos, a prevenção e deteção de situações de ilegalidade, fraude e erro, garantindo a exatidão dos registos contabilísticos e os procedimentos de controlo a utilizar para atingir os objetivos definidos, reveste-se de primordial relevância.

No seguimento do trabalho desenvolvido anteriormente, a ULSRA teve como objetivo a consolidação do PPR, solidificando a sua pertinência no que se refere à identificação e avaliação das exposições significativas ao risco, no estabelecimento de controlos efetivos e, na proposta de recomendações para a melhoria no processo de governação que colabora para a consolidação do Sistema de Controlo Interno, trabalho este que se pretende alargar a mais áreas de relevo da Instituição, nomeadamente a inclusão da Unidade de Gestão de Cirurgia-

Assim, no seguimento da análise anual sobre a implementação do PPR, recomenda-se para o ano de 2025:

- ✓ A revisão da análise de risco, procurando identificar eventuais riscos de gestão e corrupção não identificados no Plano de Prevenção de Riscos atual;
- ✓ A permanente monitorização dos processos de gestão de risco e, se necessário, redefinição das medidas preventivas a implementar;
- ✓ A conclusão da implementação das medidas preventivas em curso;
- ✓ A publicação e divulgação do presente relatório de execução e do PPR, a todos os colaboradores, de forma a promover e sensibilizar para a necessidade de reduzir e / ou eliminar os riscos de gestão identificados;
- ✓ Promoção de auditorias internas, às áreas e processos em que se reconheça a materialização de riscos de gestão, com maior impacto e probabilidade de ocorrerem;
- ✓ Avaliação e acompanhamento da implementação do sistema de controlo interno através da realização de auditorias.

Matrizes de Risco

Anexo 1. Riscos Identificados por Área e Respetivas Medidas Preventivas

ÁREA/SERVIÇO: Transversal à Instituição

Transversal à Instituição							Grau de Risco	Prazo de Execução
Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável		
Estrutura Organizacional	1 Estrutura organizacional desadequada ou desatualizada	Média	Alto	Elevado	1 Garantir a existência de Regulamento Institucional, obedecendo à lei e de acordo com a organização interna da entidade 2 Garantir a nomeação dos responsáveis de cada serviço/unidade da entidade, de acordo com a Estrutura Organizativa	CA	Elaborado o Regulamento Interno da ULISA, aguarda aprovação da Direção Executiva SNS (remetida versão final em fev/2025) O SRH planou a abertura de procedimentos concursais para as diferentes categorias, bem como para os responsáveis dos Serviços. Atualmente, existe uma Técnica Superior no SRH afecta em exclusivo aos procedimentos concursais	2.º semestre 2025
					3 Garantir a existência de Regulamentos Internos de todos os serviços/unidades orgânicas	CA, Serviços, Gestores	É promovida a existência de Regulamentos Internos dos Serviços. Contudo, existe a necessidade de revisão dos Regulamentos dos Serviços em virtude do Regulamento da ULISA (que aguarda aprovação).	2.º semestre 2025
	2 Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Média	Alto	Elevado	4 Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas, de todos os serviços/unidades orgânicas	CA, SGQSD, Gestores, Serviços	Os Serviços promovem regularmente a elaboração e revisão dos seus manuais de procedimentos e instruções de trabalho, os quais após validação pelo Serviço de Gestão da Qualidade e Segurança do Doente, seguem para aprovação do Conselho de Administração.	2.º semestre 2025
					6 Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, definidos pelos responsáveis, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.	CA, SGQSD, Gestores, Serviços	Os Serviços promovem regularmente a elaboração e revisão de procedimentos de boas práticas, bem como a realização de auditorias internas. Nesta âmbito, tem sido fundamental a articulação dos Serviços com o Serviço de Auditoria Interna, Gabinete de Gestão do Risco e com o Serviço de Gestão de Qualidade e Segurança do Doente.	2.º semestre 2025
	3 Comportamentos inadequados, quebra de valores éticos e valores funcionais	Média	Médio	Moderado	5 Promover e existência e divulgar o Código de Conduta da ULISA	CA, SAI, RCN	Em virtude da criação das ULIS encontram-se em revisão o atual Código de Conduta.	2.º semestre 2025
Ética e Deontologia	4 Assédio moral ou discriminação contra os trabalhadores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, identitárias ou outras.	Média	Médio	Moderado	7 Garantir a existência de um Regulamento Interno de Comunicação de Irregularidades e/ou de Canais de Denúncia. 8 Promover a existência de um Código de Boa Conduta para a Prevenção e Combate ao Assédio no Local de Trabalho	CA, SAI, RCN CA, Ponto focal PVSS, GOI, GGR	O Regulamento da Comunicação Interna de Irregularidades e de Denúncia de Infrações terá de ser revisito no contexto de ULIS O Código de Boa Conduta para a Prevenção e Combate ao Assédio no Local de Trabalho foi atualizado e aprovado em 2024	2.º semestre 2025
	5 Violação dos princípios de igualdade e da proporcionalidade	Baixa	Médio	Baixo	9 Promover e implementar um Plano para a Igualdade. 10 Criar mecanismos que garantam que situações iguais têm tratamento iguais.	CA, Ponto focal PVSS, GOI, GGR CA, Ponto focal PVSS, GOI, GGR	Plano para a Igualdade 2022/2023 aprovado em 2022, sendo necessária a sua revisão em 2024 no contexto da ULIS	2.º semestre 2025 2.º semestre 2025

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Classificação	Próx. Atualização
Ética e Deontologia	Violência contra profissionais de saúde.	Baixa	Alto	Moderado	11	Implementar e monitorizar um Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde (PAPVSS).	CA, Ponto focal PVSS, GOI, GGR	Nomeado o Ponto Focal para proceder à resposta monitorização no contexto da ULS.	✓
					12	Nomear o Grupo Operativo Institucional (GOI) para a prevenção da violência no setor da saúde.	CA, Ponto focal PVSS, GOI, GGR	Nomeado o Grupo Operativo Institucional (GOI) para a prevenção da violência no setor da saúde em 2023, mas já atualizado no conteúdo da ULS em 2024.	✓
					13	Garantir a existência do Regulamento Interno do GOI.	CA, Ponto focal PVSS, GOI, GGR	O Regulamento Interno do GOI foi elaborado e aprovado em 2024.	✓
Conflito de interesses	7	Baixa	Médio	Baixo	14	Garantir a existência de Declaração escrita dos membros do Conselho de Administração, em que não existam quaisquer relações suscetíveis de gerar conflito de interesses com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócios, nos termos da legislação em vigor.	CA	Declarações assinadas e divulgadas na página institucional	✓
					15	Estabelecer mecanismos de monitorização da aplicação das medidas tomadas para prevenir e gerir situações de conflito de interesses.	CA, RCN	Os procedimentos de conflito de interesses serão incluídos na revisão do Código de Conduta.	2.º semestre 2025
	8	Baixa	Médio	Baixo	16	Promover o desenvolvimento de ações de formação profissional de refresco e sensibilização sobre a temática dos conflitos de interesse, junto de todos os trabalhadores dos serviços.	CA, CF, RCN	Contemplado no plano de formação para o ano de 2024.	2.º semestre 2025
					17	Garantir a existência de Declaração escrita dos membros do CA em que não intervejam nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas, conforme determinado na legislação aplicável.	CA	Declarações assinadas e divulgadas no Relatório do Governo Societário.	✓
	9	Baixa	Médio	Baixo	18	Garantir a existência de uma estrutura hierarquizada com vários níveis de decisão.	CA	Existe um Organograma bem definido no Regulamento Interno de ULSRA (aguarda aprovação).	2.º semestre 2025
					19	Garantir a rotatividade do pessoal, mediante os RH disponíveis.	CA	É assegurada a rotatividade do pessoal sempre que possível.	✓
10	Permeabilidade à influência de entidades externas: Parcialidade na emissão de deliberações	Baixa	Médio	Baixo	20	Garantir a obtenção de declaração de interesses, incompatibilidades e impedimentos, pelos dirigentes e trabalhadores, relativamente a cada procedimento que lhe seja confiado no âmbito das suas funções e no qual tenham influência, nos quais assumam de forma inequívoca e inequívoca de impedimentos ou de interesses privados que possam colocar em causa a isenção e o rigor que deve pautar a sua ação.	CA, SCL, SRH	Para cada procedimento é assinada uma declaração de conflito de interesses e incompatibilidades.	✓

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Classificação	Prazo de Execução
Conflito de interesses	11 Situações que envolvam trabalhadores que aceitem cargos em entidades privadas que foram abrangidas por decisões em que, diretamente ou indiretamente, aqueles participaram; no exercício das funções públicas ou porque, por via desse exercício, tiveram acesso a informação privilegiada com interesse para a entidade privada ou, ainda, que possam ter influência na entidade pública onde exercerem funções, através de ex-colaboradores.	Baixa	Médio	Baixo	21 Garantir a inclusão nos contratos de trabalho de cláusula específica sobre conflito de interesses, incompatibilidades e deveres de sigilo.	CA, SRH	Os contratos individuais de trabalho têm uma cláusula específica acerca do dever de sigilo. Relativamente ao conflito de interesses e incompatibilidades, será incluído no Código de Conduta	🟡	2.º semestre 2025
	12 Situações que possam por em causa a isenção e a imparcialidade dos membros dos órgãos do CA, dirigentes e trabalhadores.	Baixa	Médio	Baixo	22 Garantir que os membros do CA, dirigentes e trabalhadores assinam uma declaração de inexistência de conflito de interesses nos procedimentos em que intervenham, de acordo com o artigo 13.º do RGPC.	CA, RPN, SCL	Declarações assinadas no momento de adjudicação dos procedimentos de aquisição, bem como nos processos de inquérito e disciplinar.	🟢	
Delegação de competências	13 Abuso da autoridade delegada/exercício indevido de competências	Baixa	Médio	Baixo	23 Garantir a publicação em Diário da República, divulgação na internet e no relatório do governo societário, das delegações, subdelegações de competências/pelouros atribuídos.	CA; GC	Publicado em Diário da República e divulgado no site institucional e no Relatório do Governo Societário, das delegações, subdelegações de competências/pelouros atribuídos	🟢	
					24 Promover a identificação das decisões tomadas sob delegação e subdelegação de competências nos documentos corporativos	CA	A delegação e subdelegação de competências constam de deliberação devidamente autorizada.	🟢	
Acumulação de funções	14 Exercício de cargos públicos em acumulação ou por inerência de funções	Baixa	Médio	Baixo	25 Assegurar a adoção de procedimentos de controlo que garantam a imparcialidade dos atos praticados, mediante a prévia verificação das situações de impedimento, designadamente as previstas no Código do Procedimento Administrativo e em legislação específica.	CA; SRH	Anualmente é divulgada uma Circular Informativa para informar da necessidade de proceder à renovação dos pedidos de acumulação de funções.	🟢	
	15 Exercício de atividades não autorizadas.	Média	Médio	Moderado	26 Garantir a subscrição, por todos os funcionários, que se encontrem em regime de acumulação de funções, de uma declaração atestada em que assumam de forma inequívoca que as funções acumuladas não coexistem sob forma alguma com as funções públicas que exercem, nem colocam em causa a isenção e o rigor que deve pautar a sua ação.	CA; SRH	Todos os pedidos apresentados são submetidos a autorização do Conselho de Administração.	🟢	
Prevenção da corrupção	16 Não observância da legislação e regulamentação em vigor relativas à prevenção da corrupção	Baixa	Alto	Moderado	27 Garantir a existência e execução de um Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e infrações Corruptivas (PPR) alinhado com os objetivos estratégicos da ULS RA.	CA; SAI; RCN	Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Corruptivas (PPR) aprovado em 2024 no contexto de ULS.	🟢	
					28 Garantir a elaboração anual do Relatório de Execução do PPR.	CA; SAI; RCN	O Relatório de Avaliação Intercalar e Anual foram elaborados e aprovados em 2024.	🟢	

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grav. de Execução	Prazo de Execução
Prevenção da corrupção	17 Dissimulação ou não deteção de conduta corrupta de trabalhadores	Média	Médio	Moderado	28 Garantir a realização de programas de formação interna a todos os dirigentes e trabalhadores, com vista a que estes compreendam e compreendam as políticas e procedimentos de prevenção da corrupção e infração conexas implementados na ULS RA. 29 Garantir a criação de um sistema de denúncia de casos ou situações de corrupção ou de má administração interna. (Regulamento Interno de Comunicação de Irregularidades e/ou Canais de Denúncia)	CA, SAI, CF, RCN CA, SAI, RCN	Contemplado no plano de formação para o ano de 2024. Existe implementado o Canal de Denúncia desde 2023.		2.º semestre 2025
	18 Relação ou ação disciplinar a trabalhadores que reportam atos de corrupção, de má conduta ou violação dos deveres profissionais	Baixa	Médio	Baixo	31 Garantir a implementação do regime geral de proteção de denunciadores de infrações 32 Garantir a existência de mecanismos legais para os colaboradores reportarem o eventual envolvimento de superiores hierárquicos e/ou outros colaboradores em condutas corruptas ou consideradas inapropriadas. (Regulamento Interno de Comunicação de Irregularidades e/ou Canais de Denúncia)	CA, SAI, RCN CA, SAI, RCN	O mesmo encontra-se implementado através do Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades e de Denúncia de Infrações, o qual foi aprovado em 2022. O Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades e de Denúncia de Infrações foi aprovado em 2022, a reter em 2024 no contexto da ULS.		2.º semestre 2025
	19 Suspensão de decisões, tomadas de forma imparcial, influenciadas pelo recebimento de presentes ou privilégios	Baixa	Muito Baixo	Moderado	33 Garantir a proibição dos dirigentes, chefes e colaboradores da ULS RA pedir ou aceitar dádivas e outros benefícios, exceção a aceitação de ofertas ou hospitalidade de reduzido valor, conforme estabelecido no Código de Conduta da ULS RA.	CA, RCN	Esta situação encontra-se prevista no Código de Conduta do CHAV, o qual foi divulgado no Boletim Interno a todos os colaboradores e encontra-se publicado na Intranet e site Institucional. Será atualizado em 2024 no âmbito da revisão do Código de Conduta.		2.º semestre 2025
	20 Perceção da opinião pública de que os dirigentes, chefes e funcionários da ULS RA, estão sujeitos à influência ou que a eficácia e eficiência no tratamento de processos está dependente de ofertas ou privilégios;	Baixa	Muito Baixo	Baixo	34 Promover a rotatividade do pessoal nos jura de procedimentos de RH e de Centralização Pública. 35 Promover a definição de procedimentos e serem observados no caso de recebimento de presentes, encontram-se definidos no Código de Conduta da ULS RA. 36 Divulgar ao público a política da ULS RA, no que concerne ao recebimento de presentes.	CA, SCL, SRH CA, RCN CA, GC	Sempre que possível é promovida a rotatividade. Esta situação encontra-se prevista no Código de Conduta do CHAV, o qual foi divulgado no Boletim Interno a todos os colaboradores e encontra-se publicado na Intranet e site Institucional. Será atualizado em 2024 no âmbito da revisão do Código de Conduta.		2.º semestre 2025 2.º semestre 2025
Avaliação de desempenho	21 Avaliações de desempenho irregulares, favorecendo ou prejudicando trabalhadores	Baixa	Médio	Baixo	37 Promover a existência de uma estrutura hierarquizada 38 Promover a definição legal das responsabilidades de dirigentes e chefes. 39 Promover a existência de um Conselho Coordenador de Avaliação no âmbito do SIADAP 40 Promover a existência de uma Comissão Paritária onde se encontram representados os vários grupos profissionais.	CA CA CA, SRH CA, SRH	Existe um Organograma bem definido no Regulamento Interno de ULS RA (aguarda aprovação). As chefias são devidamente nomeadas, estando definidas as suas responsabilidades/competências no Regulamento Interno. Existe um Conselho Coordenador da Avaliação. Existem várias Comissões Paritárias de acordo com as carreiras.	 	2.º semestre 2025 2.º semestre 2025 2.º semestre 2025 2.º semestre 2025

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível de Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação/ Medidas/Monitorização	Grau de Execução	Prazo de Execução
Seleção e Recrutamento	22 Inexistência de critérios de seleção e recrutamento escritos	Média	Médio	Moderado	41	Promover a definição de uma política de gestão de recursos humanos que vise promover a seleção de colaboradores, de acordo com os requisitos legais, técnicas e competências necessárias à prestação de serviços de qualidade na ULS RA.	CA, SRH	Em todos os processos de recrutamento e seleção, o Juri do procedimento, define previamente os critérios de seleção, considerando os mesmos do anexo de abertura. Nas carreiras do regime geral, os critérios são previamente fixados pelo Juri e revistem caráter genérico, dada a multiplicidade de funções que podem vir a ser desempenhadas pelos candidatos. Nos recrutamentos de maior especialização, os procedimentos são efetuados para cada tipo de situação, mantendo-se a obrigatoriedade de o Juri definir previamente os critérios de seleção. Cumprir ainda referir que nas carreiras dos corpos especiais, a seleção é efetuada de acordo com os requisitos legais que se encontram definidos em diploma próprio.	✓
	23 Intervenção no processo de recrutamento de pessoas com relações de proximidade dos candidatos	Média	Médio	Moderado	42	Promover a instituição de regras gerais da rotatividade dos elementos que compõem os juris de concurso, de forma a assegurar que as propostas de decisão não fiquem, por regra, concentradas nas mesmas pessoas.	CA, SRH, Gestores	É assegurada a rotatividade dos elementos do Juri sempre que possível.	✓
Gestão de Recursos Humanos	24 Não declaração de conflito de interesses por parte dos membros do Juri relativamente a candidatos	Baixa	Baixo	Baixo	43	Promover a exigência da declaração de inexistência de conflito de interesses dos membros do Juri, sob a forma escrita, e apenas ao procedimento em causa.	CA, SRH, Gestores	Para cada procedimento concursal é assinada uma declaração de conflito de interesses e incompatibilidades.	✓
	25 Oscilações nos níveis de motivação - a desmotivação dos trabalhadores afeta o respetivo desempenho.	Média	Médio	Moderado	44	Promover a realização de inquérito de satisfação com periodicidade bianual, permitindo identificar oportunidades de melhoria.	CA, SRH, GC, SGUSD	No âmbito do Conciliar+ é realizado um inquérito de satisfação aos trabalhadores com periodicidade bianual.	✓
Segurança das Instalações	26 Risco de incêndio	Média	Alto	Elevado	45	Promover a existência e divulgação do Plano de Segurança Física das Instalações	CA, SGHA, SIE	É efetuada a manutenção periódica e inspeção aos meios de combate a incêndio. Existem ainda Contratos de manutenção externa que contemplam, planos de verificação, procedimentos de verificação, para as seguintes áreas: Gardões, Elevadores, Eletrocidade (geral e quadros elétricos), Posto de transformação, Centrais de gases medicinais, Centrais de gás natural, AVAC, entre outros. É efetuada a manutenção periódica e inspeção aos meios de combate a incêndio.	✓
	27 Risco de intrusão e roubo de bens	Média	Alto	Elevado	46	Promover a aplicação das medidas constantes no Plano de Segurança Física das Instalações.	CA, SGHA, SIE		✓
Planeamento e Controlo de Gestão	28 Risco de deficiências no controlo das diferentes fases do processo de planeamento: Incumprimento de prazos por parte dos Dirigentes, falta de informação relevante, falta de monitorização e avaliação dos resultados alcançados.	Baixa	Alto	Moderado	47	Garantir o cumprimento dos procedimentos previstos na legislação aplicável.	CA	Os Serviços cumprem os procedimentos legalmente previstos, de acordo com a área de intervenção e os prazos estipulados.	✓
					48	Promover a definição de prazos para cumprimento obrigatório para todas as áreas.	CA		✓
					49	Promover a realização de reuniões periódicas de Dirigentes.	CA, Serviços, Gestores		✓
	29 Risco de não articulação e / ou deficiente articulação entre os diferentes departamentos e Unidades	Baixa	Alto	Moderado	50	Promover a realização de reuniões periódicas de dirigentes e entre os serviços para acompanhamento das atividades internas	CA, Serviços, Gestores	Realizam-se periodicamente reuniões com os Dirigentes/ Chefes Intermediários dos Serviços.	✓

Sub-Área de Risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Classificação	Prazo de Execução
Planeamento e Controlo de Gasto	30 Risco de priorização insuficiente de objetivos "Core".	Baixa	Alto	Moderado	61 Promover a monitorização intercalar dos Instrumentos de Gasto (PDO, Plano Estratégico)	CA, Serviços, Gestores	O Serviço de Planeamento e Controlo de Gasto e os Serviços Financeiros remetem ao Conselho de Administração a monitorização periódica do Orçamento e do Contrato-Programa da ULSPA.	+	
	31 Deficiente planeamento e avaliação das necessidades de aquisição	Média	Alto	Elevado	52 Garantir a elaboração de um plano anual de compras que reflita as necessidades de todas as estruturas, tendo em vista a obtenção de ganhos quantitativos (menor repetição de lotes) e qualitativos (maior poupança) e melhoria do processo de gestão de stocks (evitando a repetição de procedimentos de aquisição do mesmo bem ao longo do ano – fracionamento da despesa)	CA, SCL	O Serviço de Aproximamento e os Serviços Farmacêuticos agregam as necessidades anuais dos Serviços em termos de materiais de consumo (clínico, administrativo e holístico) e produtos farmacêuticos e, sempre que possível, realizam procedimentos de aquisição conjuntos, no entanto não é elaborado um plano anual de compras. A implementar	+	2028
	32 Realização de investimentos não previstos no respetivo plano	Baixa	Alto	Moderado	63 Garantir que todos os investimentos extra plano são devidamente fundamentados e aprovados pelo CA.	CA, SCL, SIE GEC, SPCG	Os pedidos de investimento de equipamentos carecem de uma fundamentação por parte da Direção/Chella do Serviço com vista à sua aprovação pelo CA, ou pelo órgão competente.	+	
	33 Fornecimento e acesso a informação não autorizada/hibridização da informação para obtenção de vantagens pessoais	Média	Médio	Moderado	54 Garantir a sujeição de todos os dirigentes, chefes e trabalhadores da ULSPA ao dever legal de sigilo	CA, Serviços, Gestores	Os trabalhadores admitidos assinam um documento no qual assumem o dever de confidencialidade. Esta cláusula também existe nos contratos.	+	
Proteção de Dados					55 Garantir que o acesso à informação constante das bases de dados informáticas dependente de um processo de autenticação.	CA, SIAS	Encontram-se implementadas restrições de acesso à informação de acordo com os perís atribuídos a cada colaborador, de acordo com as regras definidas no <i>Active Directory (ferramenta da Microsoft executada em Windows Server que faz a autenticação, gestão e o controle de acesso dos usuários de uma rede)</i>	+	
					56 Promover a avaliação e implementação do nível de segurança e controlo de acesso aos arquivos/registos.	CA, RAI, EPD, SIAS		+	
					57 Promover a elaboração de um Manual de Procedimentos do Arquivo.	CA, GGDA	A implementar	+	2028
					58 Promover a existência de um responsável pelo GGDA	CA, GGDA	Está previsto no Regulamento Interno da ULSPA (reguloria aprovação)	+	2.º semestre 2025
					59 Promover a existência de um Responsável de Acesso à Informação.	CA, RAI	Encontra-se nomeado.	+	
					60 Promover a existência de um Encarregado de Proteção de Dados.	CA, EPD	Encontra-se nomeado.	+	
					61 Assegurar e avaliar a implementação e o cumprimento do RGPD.	CA, EPD	Encontra-se nomeado um EPD, são efetuadas formações periódicas e foi ainda implementada o software GEC "MyDATA manager" (solução tecnológica que permite que, de forma simples, intuitiva e adequada a cada realidade, todas as entidades tenham acesso a funcionalidades como rastreamento de regulamentações, avaliação de riscos, monitoramento de conformidade, relatórios e análise de dados entre muitas outras features que visam apoiar a tomada de decisões relacionadas à governança, risco e conformidade)	+	
					62 Promover formação no âmbito da proteção de dados.	CA, EPD, CF	Contemplado no plano de formação para o ano de 2024.	+	2.º semestre 2025
					63 Promover a existência de normativos internos no âmbito do acesso à informação, confluindo a base legal para credência e divulgação de dados nominativos	CA, RAI	O Serviço de Acesso à Informação Clínica tem um procedimento interno que espelha a sua atividade, não está no entanto homologado pelo CA	+	2.º semestre 2025

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível de Risco	Medidas Preventivas	Responsáveis	Implementação/ Monitorização	Grau de Execução	Prazo de Execução
Arquivo Clínico	35 Utilização indevida de informação clínica	Média	Alto	Elevado	64 Promover o estabelecimento de procedimentos, orientações e regras por forma a definir o circuito e responsabilidades para acesso, transporte e arquivo do processo clínico.	CA, GGDA	Existem procedimentos internos ainda não homologados pelo CA.		2.º semestre 2025
					65 Promover o cumprimento da Regulamentação em vigor sobre a Proteção de Dados.	CA, GGDA	São promovidas ações de formação no âmbito do RGPD de forma a permitir que as regras sejam do conhecimento de todos. A restrição de acesso também permite o cumprimento do RGPD.		
	36 Processos mal arquivados e duplicados	Baixa	Médio	Baixo	66 Promover a definição do procedimento a seguir para o preenchimento dos dados no processo clínico e atribuição do número do processo clínico.	CA, GGDA	O Arquivo não atribui número de processo nem preenche dados referentes a utentes. Toda a documentação vem com o número de processo atribuído nos serviços.		
					67 Promover a realização de revisões periódicas aos registos clínicos para evitar duplicações.	CA, GGDA	Não é efetuado		2028
	37 Facilidade no acesso ao arquivo clínico	Baixa	Alto	Moderado	68 Promover a limitação do acesso ao arquivo clínico.	CA, GGDA, EPD	Neste momento o acesso ao arquivo clínico físico já se encontra vedado.		
					69 Promover o desenvolvimento de ações de formação e de sensibilização sobre o regime de acesso a dados pessoais, nomeadamente no âmbito do RGPD.	CA, GGDA, EPD	São promovidas ações de formação no âmbito do RGPD.		
Espólio	38 Garantia de confidencialidade no acesso a informação clínica	Baixa	Alto	Moderado	70 Promover a revisão dos perfis de acessos.	CA, SIAS, GGDA	Encontram-se implementadas restrições de acesso à informação de acordo com os perfis atribuídos a cada colaborador, de acordo com as regras definidas no Active Directory (ferramenta da Microsoft executada em Windows Server que faz a autenticação, gestão e o controle de acesso dos utentes de uma rede)		
					71 Promover a elaboração de um procedimento que garanta que o acesso e dados pessoais é restrito e que há mecanismos capazes de restringir os acessos.	CA, SIAS, GGDA			
					72 Promover a elaboração e/ou revisão de procedimentos escritos para a salvaguarda do espólio de utentes.	CA, SGHA	O Regulamento de Espólio de Doentes foi aprovado em 2023.		
	39 Extrair de bens pertencentes aos utentes e a guarda de ULS RAJ	Baixa	Baixo	Baixo	73 Promover a informatização de todo o registo de espólios, permitindo identificar, os espólios alvo, datas de receção e de entrega e todos os intervenientes.	CA, SGHA	No momento de admissão do doente é efetuado o registo do espólio na aplicação GHAF.		
Reclamações					74 Promover a divulgação formal junto dos profissionais envolvidos dos procedimentos escritos existentes sobre cada tarefa.	CA, SGHA	O Regulamento de Espólio de Doentes foi divulgado no Boletim Interno a todos os colaboradores e publicado na Intranet.		
	40 Prejuízo à imagem e reputação da entidade	Baixa	Alto	Moderado	75 Garantir mecanismos de audição e participação (caixa de sugestões, livro de reclamações)	CA, Gabinete do Cidadão	Existe caixa de sugestões e livro de reclamações.		
					76 Garantir a promoção de inquéritos/estudos de satisfação.	CA, SGQS, Gabinete do Cidadão	São efetuados inquéritos		

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Auditoria Interna (SAI)

Serviço de Auditoria Interna									
Sub-área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Outro de Interesse	Próx. Análise
Organização do Serviço	1 Organização da função indefinida	Baixa	Médio	Baixo	1 Promover a existência de regulamento interno do serviço. 2 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SAI.	SAI	Carta da Auditoria aprovada em 2021. Encontra-se em atualização o Regulamento Interno do Serviço no âmbito da ULS		2.º semestre 2025
	2 Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado			Moderado	3 Dotar o Serviço de Auditoria Interna com recursos humanos suficientes, com habilitação e competência profissional específica ao exercício das funções de controlo interno, enquadrável na legislação em vigor.	SAI, CA	Encontra-se prevista a abertura de um procedimento concursal para o recrutamento do Técnico Superior para o SAI.		2.º semestre 2025
	3 Inexistência de declaração de incompatibilidades e impedimentos	Baixa	Alto	Moderado	4 Participar em ações de formação para melhorar o desempenho profissional. 5 Promover a existência de uma declaração de incompatibilidade e impedimentos para os membros do SAI, de acordo com o mencionado no nº 7 do artigo 8º do DL nº 52/2022 de 4 de agosto.	SAI, CF	Encontra-se previsto um plano de formação no Plano Anual de Auditoria Interna		
	4 Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Baixa	Alto	Moderado	6 Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente. 7 Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisões dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	SAI	Foi apresentada em 2021, aquando a nomeação do Auditor Interno		
						SAI, CA, SGOSD	Carta da Auditoria aprovada em 2021. Encontra-se em atualização o Regulamento Interno do Serviço no âmbito da ULS.		2.º semestre 2025
						SAI, CA	O PAAI é elaborado e aprovado anualmente.		
						SAI	O plano é monitorizado periodicamente e anualmente é elaborado o relatório da atividade desenvolvida.		
Plano de Auditoria e de Avaliação do SCI	8 Ausência ou não cumprimento do Plano Anual de Auditoria e de Avaliação do SCI	Média	Média	Moderado	8 Elaborar o plano de atividades consistente com os objetivos da ULS RA, através do qual sejam definidas ações de avaliação dos processos de CI e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo. 9 Monitorizar periodicamente a execução do Plano de Auditoria.	SAI	No Relatório Anual de Auditoria Interna é efetuada uma análise da atividade desenvolvida pelo SAI, nomeadamente os constrangimentos que impossibilitaram o cumprimento do plano.		
	9 Não incluir as potenciais áreas de maior risco no Plano Anual de Auditoria.	Baixa	Alto	Moderado	10 Informar e gestão dos constrangimentos associados ao não cumprimento do plano. 11 Avaliação periódica do risco das diversas áreas da entidade da ULS RA	SAI	Até aos relatórios de avaliação da execução do PPR, são identificadas as áreas de maior risco, as quais são incluídas no PAAI, tendo em consideração os recursos disponíveis, para a realização das auditorias		

Sub-área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Gravidade	Prazo de Execução
Follow-up das recomendações	7 Não acompanhamento das recomendações emitidas pela SAI aprovadas pelo CA	Baixa	Alto	Moderado	12 Realização de auditorias de follow-up.	SAI	Encontram-se previstas no Plano Anual da Auditoria Interna	✓	
	8 As ações de auditoria interna desenvolvidas não impactaram diretamente na melhoria contínua do sistema de controlo interno	Baixa	Alto	Moderado	13 Avaliar para todas as ações desenvolvidas, em conjunto com os serviços intervenientes, os impactos resultantes das recomendações propostas.	SAI	É elaborado um relatório de acompanhamento das recomendações propostas.	✓	
	9 Falta de qualidade nos relatórios de Auditoria Interna	Baixa	Alto	Moderado	14 Mecanismos de recolha de documentação de todos os elementos de prova da auditoria e outros elementos de suporte	SAI	Todas as evidências recolhidas estão anexadas ao relatório.	✓	
					15 Acompanhamento e supervisão permanente das diferentes fases dos processos de auditoria	SAI	Este acompanhamento é efetuado	✓	
Relatório de Auditoria					16 Formação contínua aos profissionais do Serviço de Auditoria Interna	SAI	Encontra-se previsto um plano de formação no Plano Anual da Auditoria Interna	✓	
	10 Ausência de rigor, usação e objetividade na recolha de evidências	Baixa	Alto	Moderado	17 Realização das ações de auditoria em equipa com indicação nominal do responsável	SAI	É efetuada uma reunião prévia com os respetivos responsáveis pelo serviço auditor e o relatório é discutido com os respetivos intervenientes.	✓	
					18 Uniformização de procedimentos, métodos e técnicas com emissão de guias e checklists	SAI	É efetuado um planeamento prévio da auditoria	✓	
	11 Falhas no acompanhamento e no reporte da execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Irregularidades (PPRI)	Baixa	Alto	Moderado	19 Promover o acompanhamento da execução das medidas previstas no Plano.	SAI, CA, RCN	Em 2024, foram aprovados os Relatórios de Execução Anual e Intermediar do PPR, bem como a 3ª revisão do PPR.	✓	
Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC)	12 Inexistência de um sistema de comunicação interna de irregularidades e canal de denúncias	Baixa	Alto	Moderado	20 Promover a existência de um Regulamento que defina as regras e procedimentos da Comunicação Interna de Irregularidades e Denúncia de Infrações.	SAI, CA, RCN	O Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades e de Denúncia de Infrações foi aprovado em 2022. Encontra-se em atualização no âmbito da ULS.	✓	2º semestre 2025
					21 Recabar e avaliar as comunicações de irregularidades e denúncia de infrações apresentadas no âmbito do respetivo Regulamento.	SAI, CA, RCN	Em 2023, foi implementada a plataforma do Canal de Denúncia, através do qual é efetuada a monitorização.	✓	
	13 Inexistência de um Código de Conduta	Baixa	Alto	Moderado	22 Promover a existência de um Código de Conduta da ULSRA.	SAI, CA, RCN	O Código de Conduta foi aprovado em 2022. Encontra-se em revisão e novo código em função da ULS.	✓	2º semestre 2025
	14 Inexistência de um programa de formação interna	Baixa	Alto	Moderado	23 Promover a existência de um programa de formação interna sobre as políticas e procedimentos de prevenção da corrupção e infrações conexas implementados	SAI, CA, RCN	Foi incluído no Manual de Acolhimento de novos Trabalhadores, uma formação obrigatória no âmbito dos instrumentos do RGPC. Foi ainda incluída no Plano Anual de Formação para 2025 uma formação dentro do referido âmbito.	✓	
	15 Inexistência de um responsável pelo cumprimento normativo	Baixa	Alto	Moderado	24 Promover a nomeação de um responsável que garanta o controle e aplicação do programa de cumprimento normativo.	SAI, CA, RCN	O RCN encontra-se nomeado	✓	
	16 Inexistência de uma declaração de conflito de interesses	Baixa	Alto	Moderado	25 Promover a existência de uma declaração de conflito de interesses conforme definido no nº 2 do artigo 13º do RGPC.	SAI, CA, RCN	Encontra-se implementada desde setembro de 2024	✓	
	17 Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Média	Alto	Elevado	26 Elaboração de um relatório anual de avaliação do SCI	SAI, CA, RCN	Foi incluído no PAAI para 2025 a elaboração de um relatório anual de avaliação do SCI.	✓	1º semestre 2025

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão (SPCG)

Sub-Área de risco		Risco Identificado	Probabilidade	Impacto	Risco	Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão			Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Iniciativa	Orç. de Execução	Período de Execução
	1	Organização de função indistinta	Média	Médio	Moderado	1	Elaborar o manual de funcionamento do serviço.	SPCG	O manual encontra-se em elaboração				2.º semestre 2025
						2	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SPCG.	SPCG	Com a inclusão dos elementos dos CSP este processo está a ser revisto e o manual de tarefas a ser reavaliado				2.º semestre 2025
	2	Ampolgamento do espectro de competências dos colaboradores	Baixa	Alto	Moderado	3	Avaliar a necessidade de reforçar ou capacitar a equipe de profissionais do SPCG tendo em conta a natureza específica da atividade.	SPCG	Esta questão foi resolvida com recurso a um prestador externo dados as limitações de recrutamento nesta área em que as faixas salariais da EP não são atrativas para profissionais com perfil de alta science.				
						4	Participar em ações de formação para melhorar o desempenho profissional.	SPCG, CF	Disponibilizada formação a toda a equipa em power BI e modelação de dados estando previstas mais ações ao longo de 2025				
Organização do Serviço						5	Elaborar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se integram, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar relatórios de erros de interfaces	SPCG	Atividade realizada de forma regular no trabalho diário				
	3	Falha na integração entre aplicações	Baixa	Médio	Baixo	6	Diminuir a dependência de aplicações externas para a produção de informação	SPCG	O serviço é fortemente dependente do prestador externo contratado para o efeito não se perspetivando alterações neste domínio so possível com recurso a contratações do pessoal que são muito difíceis dada a especificidade da função.				
						7	Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.	SPCG	Foi efetuado o mapeamento das tarefas adstritas ao serviço, tendo sido identificados cada um dos intervenientes e respetivos prazos de resposta executáveis				2.º semestre 2025
	4	Inadéquado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Média	Alto	Moderado	8	Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisões dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	SPCG, CA, SGQSD	Em curso				
Apoio à gestão						9	Crear mecanismos automáticos de validação de dados e realização de testes de consistência nos dados.	SPCG	O software informático utilizado para a disponibilização dos dados assegure mecanismos de validação de dados que são também posteriormente verificados e analisados manualmente				
	5	Elaboração de informação incorreta, os forma involuntária	Média	Alto	Moderado	10	Introduzir tecnologia de automação de processos para validação de erros	SPCG	O SPCG dispõe de diversas rotinas de dados que asseguram esta função em várias áreas como por exemplo consultas marcadas para n.º processo com data do obito				
						11	Crear um procedimento de dupla verificação (um 2º elemento valida a informação elaborada)	SPCG	O procedimento não está escrito mas é praticado para um conjunto alargado de dados.				2.º semestre 2025
						12	Elaboração de um procedimento interno com as regras de divulgação de informação	SPCG	O procedimento encontra-se elaborado mas não está aprovado pela CA				2.º semestre 2025
	6	Divulgação indevida de informação a terceiros ao serviço (internos ou externos à instituição).	Baixa	Alto	Moderado	13	Autorização prévia, pelo Conselho de Administração, do relatórios e mapas para divulgação geral	SPCG	Os documentos de divulgação geral são sempre enviados ao CA para validação				

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação, Medidas/Monitorizado	Grau de Execução	Prazo de Execução
Apolo 1 Gestão	7	Produção não registrada em tempo útil ou Produção incorretamente registrada	Média	Alto	Elevado	14	Promover, regularmente análises de registo de produção	SPCG, Gestores	O SPCG monitoriza regularmente o registo da produção numa base mínima mensal sem prejuízo de análises sectoriais mais detalhadas sempre que se justifique
	16					16	Manutenção de procedimentos que garantem o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividades/produção	SPCG, Gestores	É do conhecimento da equipa o calendário e prazos a cumprir sendo a distribuição do serviço efetuada em função desses limites
	18					18	Agarar o âmbito de cruzamento de informação entre as diversas aplicações.	SPCG	Subsistem alguns problemas de acesso aos dados assegurados por prestadores externos
	17					17	Registar minutas para a realização de produção adicional.	PCG, CA, Gestores	O SPCG apenas disponibiliza informação relativamente à produção realizada
	18					18	Monitorizar o horário de trabalho aprovado e a realização de produção adicional.	SPCG, Gestores	O SPCG apenas disponibiliza informação relativamente à produção realizada
	19					19	Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventualidade destas situações.	SPCG, Gestores	O SPCG apenas disponibiliza informação relativamente à produção realizada (concedendo informação sobre o horário em que a atividade foi realizada)
	20					20	Acompanhamento regular e atempado dos projetos em curso.	SPCG	A maioria dos projetos encontra-se concluída não havendo atrasos para o projeto em curso
	21					21	Avaliação das oportunidades de investimento, com recurso a financiamento externo.	SPCG, CA	É efetuado de forma contínua.
	22					22	Realização da contratução interna em alinhamento com a contratução externa.	SPCG, CA, Gestores	Na última contratução interna implementou-se um modelo que permite a antecipação entre os 2 tipos de contratução. Contudo a Contratução Interna decorreu posteriormente à Contratução Externa pelo que essa atividade não ficou concluída
	23					23	Monitorização regular da contratução interna.	SPCG, Gestores	Encontra-se em elaboração uma aplicação de monitorização de scorecards para o acompanhamento mais regular da evolução das metas contratuadas na contratução interna
	24					24	Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventualidade da ocorrência destas situações	SPCG, Gestores	Existe um conjunto de rotinas e regies de validação que o SPCG controla de forma regular e devolve inclusive a informação necessária para a correção das situações
13	Produção não registrada, incorretamente registrada (ex. sem a realização do respetivo ato), ou não registrada na totalidade	Média	Médio	Moderado		25	Análise e revisão permanente da execução dos procedimentos de registo	SPCG, Gestores	É produzida informação regular sobre erros de registo
						26	Agarar o âmbito de cruzamento de informação entre os diversos aplicativos.	SPCG	
						26			

ÁREA/SERVIÇO: Serviço Jurídico e Contencioso (SJC)

Serviço Jurídico e Contencioso									
SUB-ÁREA DE RISCO	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Médica/Monitorização	Grau de Execução	Prazo de Execução
Organização do Gabinete	1 Organização da função indefinida	Alta	Médio	Elevado	1 Promover a existência de regulamento interno do serviço. 2 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no G.J. as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SJC	Não existe RI (o Serviço tem 2 elementos: 1 técnico superior + 1 assistente técnico)	+	2026
	2 Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Média	Médio	Moderado	3 Analisar periodicamente o quadro de pessoal tendo em conta o volume de atividades efetuadas e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar. 4 Organizar e encabeçar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	SJC	As funções estão naturalmente segregadas, em função das diferentes categorias dos 2 elementos do Gabinete O quadro de pessoal é reduzido face ao trabalho desenvolvido. Periodicamente é reportado superiormente a necessidade de reforçar os RH existentes.	+	2026
	3 Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Alta	Médio	Elevado	5 Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente. 6 Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	SJC	A implementar	+	2026
	4 Redução da qualidade e fiabilidade dos estudos e pareceres, decorrentes designadamente, de investigação deficiente, insuficiência das fontes de informação disponíveis, erros técnicos	Baixa	Baixo	Baixo	7 Acesso a pesquisa de informação científica atualizada 8 Estrutura hierarquizada de decisão com a consequente análise das matérias em diferentes níveis	SJC CA, SGOSD SJC	A implementar A estrutura hierarquizada de decisão encontra-se definida. O Gabinete tem 1 técnico superior, que, em termos de decisão, depende diretamente da Presidência do CA	+	2026
Avaliação jurídica e elaboração de estudos, pareceres e informações	5 Pareceres não realizados em tempo oportuno	Média	Médio	Moderado	9 Monitorização diária e periódica das alterações regulamentares 10 Criar mecanismos de controlo para que as entidades internas cuja necessitam de pareceres comuniquem estas necessidades de forma escrita e atempada (momento anterior à tomada de decisão, obedecendo a prazo bastante para a sua elaboração).	SJC	Tenta-se ter atenção às alterações legislativas e às orientações internas	+	
	6 Créditos emergentes da responsabilidade de terceiros, falhados, por coar	Média	Médio	Moderado	11 Criar mecanismos/procedimentos, em parceria com o Serviço Financeiro, do modo a atuar na verificação de existência de pressupostos de viabilidade da coarança, e emissão de respetiva futura com prazo bastante para a não prescrição do crédito ou propor incoarabilidade	SJC, SF	Sempre que seja necessário um parecer formal, o mesmo é solicitado via CA. Ambos os Serviços tentam colaborar de melhor forma para alcançar tal desiderato	+	
Acesso a Informação	Fornecimento e acesso a informação não autorizada	Média	Alto	Elevado	12 Promover a existência de um procedimento interno no âmbito do acesso à informação.	RAI	O RAI tem um procedimento interno que espelha a sua atividade, não está no entanto homologado pelo CA	+	2026

ÁREA/SERVIÇO: Gabinete de Comunicação (GC)

Gabinete de Comunicação									
Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Execução	Prazo de Execução
Organização do Gabinete	1 Organização de função indefinida	Média	Médio	Moderado	1 Promover a existência de regulamento interno do serviço. 2 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no serviço.	GC	Concluído e aprovado o Regulamento de Visitas a Doentes Internados. Pronto para a provação Diretrizes para os Serviços Informáticos e Central Telefónica		2.º semestre 2025
	2 Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Média	Médio	Moderado	3 Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuada e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar. 4 Participar em ações de formação para melhorar o desempenho profissional.	GC	Em curso, em virtude de estar relacionada com a redação final do Regulamento do Serviço		2.º semestre 2025
	3 Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Média	Médio	Moderado	5 Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente. 6 Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisões dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	GC	Avaliação trimestral realizada		
	4 Prestação de informação inadequada e/ou errada	Baixa	Alto	Moderado	7 Definição de níveis de responsabilidade e aperfeiçoar a área de comunicação interna	GC, CA, SGQSD	Método do grupo participou em ações formação		2.º semestre 2025
	5 Promoção inadequada da imagem da Instituição	Baixa	Alto	Moderado	8 Definir a informação que pode ser disponibilizada e controlar os conteúdos no site oficial da ULS RA	GC	São, de forma sistemática, elaboradas instruções de trabalho e procedimentos com vista à melhoria. Foi elaborado um Plano de Atividades do Gabinete para 2025		2.º semestre 2025
	6 Conteúdos do site da ULS RA desatualizados	Baixa	Alto	Moderado	9 Definição de níveis de responsabilidade e aperfeiçoar a área de comunicação interna.	GC	O círculo está a funcionar em plano		
Comunicação e Imagem	7 Iniciativas realizadas sem o conhecimento do CA	Baixa	Alto	Moderado	10 Garantir que todas as iniciativas publicadas através do Site da ULS RA e redes sociais, são aprovadas pelo CA	GC	A informação veiculada é previamente validada pela Conselho de Administração		
	8 Comunicação interna não lida ou recebida	Baixa	Médio	Baixo	11 Gerar a informação que vai do Gabinete de Comunicação é recebida e lida pelo público-álvo.	GC	O Plano de Comunicação Anual está aprovado pelo Conselho de Administração e as publicações no site são revistas de forma periódica, mas que pode melhorar, quando o novo layout do site estiver implementado		2.º semestre 2025
	9 Publicação de informação que viola o RGPD	Baixa	Alto	Moderado	12 Implementar procedimentos que garantam o cumprimento do RGPD.	GC, EPD	Este procedimento está consolidado		
Prestação de Informação e familiares	10 Prestação de informação, via oral, passível de violar o RGPD	Alta	Alto	Elevado	13 Elaborar de um Manual de Regras a Conduta, com seguinte formação, para as colaboradoras que têm funções de atendimento ao público, nomeadamente nos Serviços Informáticos e na Central Telefónica	GC	Apesar da difícil situação, consideramos ter implementadas suficientes redundâncias que nos permitem concluir que a informação chega a esmagadora maioria dos colaboradores da ULS RA		
							Está adquirida a prática de solicitar autorização escrita e/ou oral (com testemunhas) para publicação de imagens e outros dados pessoais		
							Não realizado		2.º semestre 2025

ÁREA/SERVIÇO: Serviços Farmacéuticos

Sub-Área de risco		Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Gravidade	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Gravidade Execução	Prazo de Encerramento
Organização do Serviço	1	Organização da função indefinida	Baixa	Alto	Moderado	1 Promover a existência de regulamento interno do serviço.	Serviços Farmacéuticos		✓	
						2 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes nos Serviços Farmacéuticos as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções	Serviços Farmacéuticos		✓	
						3 Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a capacidade instalada, a atividade extraordinária/suplementar.	Serviços Farmacéuticos	O quadro de pessoal é analisado periodicamente, sendo reportada superiormente a respetiva necessidade de RH, nomeadamente 2 TSDT e 1 AT.	✓	
	2	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Média	Alto	Elevado	4 Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	Serviços Farmacéuticos, CF	Foi sugerido às associações profissionais, a realização de formação adequada para a implementação da "Consulta Farmacéutica", no seguimento de legislação em vigor, para que a ULSPA e os seus vultes, melhoram os seus tratamentos e benefícios terapêuticos.	✓	
						5 Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.	Serviços Farmacéuticos		✓	
	3	Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Baixa	Alto	Moderado	6 Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisões dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	Serviços Farmacéuticos CA SGQSD		✓	
						7 Implementar armazéns avançados em todos os serviços clínicos e realizar contagens cíclicas das existências ao longo do exercício, com informação ao CA.	Serviços Farmacéuticos	Excluindo os serviços com armazéns robotizados, não é de todo possível a implementação de armazéns avançados, pelo facto dos enfermeiros não utilizarem a aplicação do circuito do medicamento (GHAF - aquisições, prescrição, dispensa e administração), não sendo possível a movimentação entre armazéns e imputação de consumos.	✗	2026
Gestão Existências						8 Redução do acesso ao Serviço Farmacéutico a pessoal autorizado.	Serviços Farmacéuticos	O acesso por cartão está implementado, no entanto, devido à falta de espaço, há produtos de grande volume que não se encontram devidamente acondicionados. Esta situação terá de ser devidamente avaliada.	✓	2.º semestre 2025
	4	Acesso indevido às instalações e de uso de produtos farmacéuticos	Alta	Alto	Elevado	9 Estupefacientes e psicotrópicos encontram-se em cofre com acesso restrito.	Serviços Farmacéuticos	Acesso condicionado com recurso ao cartão de identificação.	✓	
						10 Segregar funções e responsabilidades das operações.	Serviços Farmacéuticos	Excluído no Regulamento interno dos Serviços Farmacéuticos	✓	
						11 Monitorizar periodicamente os consumíveis por serviço.	Serviços Farmacéuticos	A direção do serviço, não tem conseguido disponibilidade, para esta monitorização sistemática. No entanto, tem apresentado nas agendas de CFT, as estimativas do impacto orçamental anual das propostas terapêuticas, bem como análise no relatório anual.	✓	2026
						12 Realizar periodicamente inventários nos armazéns centrais.	Serviços Farmacéuticos	Ainda não foi possível implementar um sistema de inventário permanente, no entanto é efetuado o inventário anual dos armazéns centrais	✓	2026

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Médica/Monitorização	Gravidade Resposta	Prazo de Execução
Gestão Existências	Momentos de existências não registados e/ou contabilizados incorretamente	Baixa	Alto	Moderado	13	Verificar que a informação constante dos momentos de existências (receção, requisição interna, expedição) é corretamente registada no sistema de gestão de existências (armazém, código de material, quantidade, prazo de validade e valor)	Serviços Farmacéuticos	Há procedimentos instituídos	✓
					14	Monitorizar periodicamente os medicamentos de elevado valor unitário	Serviços Farmacéuticos	A direção do serviço, não tem conseguido disponibilidade, para esta monitorização sistemática. No entanto, tem apresentado nas agendas da CFT, a estimativa do impacto orçamental anual das propostas terapêuticas, bem como análise no relatório anual	2026
					15	Verificar periodicamente a existência de stocks com valores negativos.	Serviços Farmacéuticos		✓
					16	Promover a sensibilização dos colaboradores quanto à importância de um correto registo da entrada/saída de armazém. O registo no GHAF deverá ser efetuado no momento da entrada e/ou saída das existências do armazém.	Serviços Farmacéuticos	De acordo com Manual da Receção ao Armazenamento de Medicamentos e Produtos de Saúde nos SF da ULISRA. A direção do serviço tem como política de comunicação, a partilha por email, ou por grupo profissional, ou a todos os colaboradores, a mesma hora e no mesmo momento, os documentos aprovados, as deliberações do CA e outras informações relevantes para o regular funcionamento do serviço.	✓
					17	Promover a definição de procedimentos/regras que garantam/assegurem uma eficiente gestão da stocks	Serviços Farmacéuticos	De acordo com Manual da Receção ao Armazenamento de Medicamentos e Produtos de Saúde nos SF da ULISRA	✓
	Receção não controlada física e qualitativamente	Baixa	Baixo	Baixo	18	Recusar/abortar os medicamentos/produtos farmacéuticos constantes em notas de encomenda, que estejam em bom estado físico e pelas quantidades encomendadas.	Serviços Farmacéuticos		✓
					19	Existência de procedimento de receção do encomendas.	Serviços Farmacéuticos		✓
					20	Promover e sensibilização dos colaboradores quanto à importância do registo de entrega no GHAF, ser efetuado no momento da receção dos produtos.	Serviços Farmacéuticos		✓
					21	A Guia de Remessa/Transporte deve ser carimbada, assinada de forma legível e com o nº mecanográfico do colaborador que receciona o material.	Serviços Farmacéuticos		✓
					22	Análise trimestral das notas de encomendas emitidas insatisfatórias	Serviços Farmacéuticos		✓
7	Prazo de entrega dos produtos farmacéuticos - avaliação dos fornecedores	Média	Alto	Elevado	23	Verificar e registar as não conformidades na entrega dos fornecedores	Serviços Farmacéuticos		✓
8	Excesso de stock que se poderá tornar inutilizável ou obsoleto	Baixa	Médio	Moderado	24	Implementar medidas de controlo de prazos de validade, nomeadamente sistemas de alerta	Serviços Farmacéuticos	Existem cartões "Alerta Verificar Lote e Validade" e "Alerta Medicamento da Frio 2-8°C"	✓
					25	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 produtos.	Serviços Farmacéuticos		✓
					26	Atualização semestralmente do ponto de encomenda.	Serviços Farmacéuticos		✓

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medida/Monitorização	Classif. Escala	Plano de Trabalho
Gestão Existências	9	Conservação inadequada dos medicamentos/produtos farmacêuticos resultantes de alterações de temperatura e/ou humidade	Baixa	Baixo	27	Elaboração de um procedimento que define o circuito e segurar, no caso dos materiais obsoletos, deteriorados, excedentes e fora do prazo de validade, que se encontram nos vários serviços e que devam ser devolvidos ao armazém central, bem como um procedimento que estabeleça que, após inutilizados, os medicamentos, e outro material de consumo clínico, são devidamente encaminhados para o fim proposto (incineração/destruição/sucatação)	Serviços Farmacêuticos, SGHA, SIE, GEC	Necessidade de elaboração de procedimento.	2026
					28	Monitorização contínua da temperatura e humidade em todos os subtipos de armazenamento de medicamentos/produtos farmacêuticos.	Serviços Farmacêuticos, GEC, SIE		
					29	Estabelecer/definir procedimento de controlo e registo de temperatura e humidade.	Serviços Farmacêuticos, GEC	Conforme - PR SFAR.009.00 - Armazenamento e conservação de medicamentos e produtos de saúde que necessitam da refrigeração, congelação	
					30	Promover a sensibilização dos colaboradores quanto à importância de uma correta e contínua monitorização da temperatura dos equipamentos de frio	Serviços Farmacêuticos		
	10	Armazenamento pouco eficiente, local errado	Alto	Elevado	31	Promover a existência de equipamentos de frio com sistemas de alarme e de refrigeração redundantes.	Serviços Farmacêuticos, GEC, SIE		
					32	Identificação dos produtos farmacêuticos com código de barras, por local de armazenamento, designação comum internacional, ordem alfabética e PEFO.	Serviços Farmacêuticos		
					33	Fecho do circuito electrónico do ciclo "Prescrição" - Distribuição - Administração, com a criação de armazéns avançados e registo de toda a medicação ao doente	Serviços Farmacêuticos	A prescrição electrónica de medicamentos e outros produtos farmacêuticos, ainda não é 100%, não sendo utilizada a app GHAF, bem como o registo ao doente pela enfermagem no GHAF	2026
	12	Favorecimento da formação por membros das comissões de grupos de trabalho, da JIRS de procedimentos pré-contrares que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento	Baixa	Baixo	34	Assinatura de Declarações de Inexistência de Incompatibilidades, nos termos da legislação em vigor.	Serviços Farmacêuticos		
	13	Medicamentos em trânsito dos Serviços Farmacêuticos para os Serviços Clínicos e vice versa,	Baixa	Médio	35	Implementação do registo por PDA (quem entrega e quem recebe e a que horas), bem como as deduções de medicamentos e de produtos farmacêuticos não administrados, com guia de transporte. Criação dos Armazéns Avançados dos Serviços Clínicos e Registo de Administração ao Doente.	Serviços Farmacêuticos	Foi solicitado à empresa de suporte, que os documentos saídos do GHAF, de satisfação de pedidos, saíssem com código de barras ou QR.	2026
	14	Eficiência e eficácia na prescrição de medicamentos	Baixa	Alto	36	Prescrição electrónica.	Serviços Farmacêuticos, Gestores	A prescrição electrónica de medicamentos e outros produtos farmacêuticos, ainda não é 100%, não sendo utilizada a app GHAF, bem como o registo ao doente pela enfermagem no GHAF	2026
					37	Monitor de prescrição médica.	Serviços Farmacêuticos, Gestores	A direcção do serviço, não tem conseguido disponibilidade, para esta monitorização sistemática. No entanto, tem apresentado nas agendas de CFT, a estimativas do impacto orçamental anual das propostas terapêuticas, bem como análise no relatório anual.	2026
					38	Comissão de farmácia e terapêutica.	Serviços Farmacêuticos		

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Gestão de Doentes (SGD)

Serviço de Gestão de Doentes									
Sub-área de risco	Riscos identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Gravidade	Período de avaliação
Organização do Serviço	1 Organização da função indefinida	Média	Médio	Moderado	1 Promover a existência de regulamento interno do serviço. 2 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SGD, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SGD	Existe o regulamento do SGD mas está em fase de revisão.	4	2.º semestre 2025
	2 Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Média	Médio	Moderado	3 Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a capacidade instalada, a atividade desenvolvida e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	SGD	Existem documentos que definem as atribuições de parte dos secretários do SGD	4	2.º semestre 2025
					4 Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	SGD, CF	A articulação com o Serviço de Formação na organização de ações de formação e os profissionais são incentivados a aderir.	4	
					5 Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.	SGD	São enviados regularmente orientações às equipas, via email	4	
	3 Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Média	Médio	Moderado	6 Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	SGD, CA, SGQSD	Nas atividades de gestão do Serviço absorvem muito tempo, o que tem dificultado a elaboração de todos os procedimentos e instruções de trabalho, de forma formal. As orientações têm sido enviadas por email à equipa. No entanto, reconhecemos a importância de procedimentos formalizados, pelo que estamos a trabalhar neste sentido.	4	2.º semestre 2025
Gestão de Doentes	4 Falta de interação entre aplicações	Média	Médio	Moderado	7 Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam, de modo a validar a coerência dos dados e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estas existem.	SGD, SIAS	São analisadas as listagens entre o SIIMA e o SONHO. São analisadas as listagens diárias de report de erros, informação de pedidos em lista de espera duplicados e informação de dentes falecidos com apertos ativos. São analisadas mensalmente as listagens da lista de espera enviadas pela URCA e reportados os erros de integração detectados.	4	
	5 Abuso de poder no contacto com os utentes	Baixa	Médio	Baixo	8 Divulgação de Código de Conduta da ULS RA	SGD	O código de conduta de ULSRA é divulgado no intranet. Toda a equipa tem acesso.	4	
					9 Promover formação alargada aos profissionais sobre a qualidade no atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de situações de conflito.	SGD, CF	Sempre que é programada formação nesta área, os profissionais do SGD são incentivados a participar e é lhes facilitado o horário para esse efeito	4	
	6 Emissão indevida de declarações de presença	Baixa	Baixo	Baixo	10 Recolher todos os bocetos de emissão de justificações de presença manuais e centralizar a sua disponibilização em 1 ou 2 locais específicos de ULS RA.	SGD	Foi feita essa recolha. Obrigatoriedade e declaração da presença é informatizada	4	

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Severidade	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Médica/Monitorização	Gravidade	Próxima Exatidão	
Admissão doentes/ Produção/ Faturação/ alta administrativa	7	Admissão de doentes com informação insuficiente ou incorreta	Média	Médio	Moderado	11	Elaboração da normatiza e procedimentos de controlo interno para a área de admissão de doentes.	SGD		2026
	12	Sensibilização dos colaboradores para a importância da correta e completa identificação dos utentes de Instituição.	SGD, DCSP							
	13	Implementação de mecanismos de controlo para restringir e mitigar a eventualidade da ocorrência destas situações.	SGD, SPCG							
	14	Análise e revisão permanente de execução dos procedimentos de registo.	SGD, SPCG							
	15	Alargar o âmbito de cruzamento de informação entre os diversos aplicativos.	SGD, SPCG							
	8	Produção não registada, incorretamente registada (ex. sem a realização do respetivo ato), ou não registada na totalidade	Média	Médio	Moderado	16	Averiguar a implementação de procedimentos de obtenção de informação automática que identifique erros limitativos à faturação.	SGD, SPCG		
	17	Elaboração de procedimentos e medidas que assegurem faturação dos atos médicos solicitados por entidades externas de acordo com a legislação em vigor.	SGD, SF							
	9	Produção não registada em tempo útil	Baixa	Médio	Baixo	18	Manutenção de procedimentos que garantem o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo da atividade/produção.	SGD, SPCG		2.º semestre 2025
	10	Produção adicional realizada no período de trabalho normal.	Baixa	Alto	Moderado	19	Registar internar para a realização da produção adicional.	Serviços Clínicos, Gestores		
	11	Prestação de cuidados em adicional, durante o horário de trabalho.	Baixa	Alto	Moderado	20	Monitorizar o horário de trabalho aprovado e a realização de produção adicional.	Serviços Clínicos, Gestores		
	12	Ausência ou alta administrativa incorreta	Baixa	Médio	Baixo	21	Sensibilização dos trabalhadores para procedimentos administrativos de alta e respetivas implicações (libertação de vagas para outros doentes, adequada gestão de agendas, desobrigação imediata de doentes à instituição, otimização de recursos, minimização de custos com convocações indevidas)	SGD, Serviços Clínicos, Gestores		

Sub-Área de risco	Riscos identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Execução	Prazo de Finalização
Taxas moderadoras	Deseio de verbas de montantes cobrados em taxas moderadoras e não entregues na tesouraria	Baixa	Média	Baixo	22	Elaboração de procedimentos escritos com referência à identificação de locais da cobrança, identificação do circuito, e identificação dos intervenientes e das tarefas a desempenhar.	Articulado com os Serviços Financeiros. Atualmente no Hospital de Aveiro as taxas são cobradas apenas na Zona+ e na Urgência, no Hospital de Estarreja as taxas são cobradas no secretariado administrativo (lirico) e no Hospital de Agueda as taxas são cobradas apenas na Urgência	✓	
					23	Divulgação formal, junto dos profissionais envolvidos, dos procedimentos escritos sobre as taxas moderadoras.	Divulgado	✓	
					24	Segregação de funções entre quem recebe, quem entrega e confere na tesouraria.	Articulado com os Serviços Financeiros	✓	
					25	Rotatividade de pessoal responsável pela entrega e conferência dos valores das taxas moderadoras.	Existe rotatividade por parte do profissional que entrega as taxas moderadoras.	✓	
					26	Elencar diariamente o facho de caixa e os valores apurados e respetivos recibos entregues nos Serviços Financeiros.	Implementado	✓	
					27	Implementação de um procedimento para a recuperação da taxas moderadoras.	A Zona+ cobre as notas de débito enviadas pelos Serviços Financeiros aos utentes. Adicionalmente, sempre e a lista de espera para atendimento o utente, verificam os episódios em clínia de cada utente que se dirige à Zona+, para tratar de qualquer assunto.	✓	
	Faltas na cobrança de taxas moderadoras e/ou cobrança indevida	Baixa	Médio	Baixo	28	Monitorização contínua das taxas moderadoras.	Auditorias pontuais dos SF e Auditoria interna	✓	2.º semestre 2025
					29	Reconhecer e aplicar o direito de reembolso dos utentes por pagamentos indevidos de taxas moderadoras.	Implementado	✓	
					30	Todos os recibos anuidados devem ser entregues, com o registo do motivo da anulação, e devem constar da listagem diária enviada ao SONHO enviada aos Serviços Financeiros.	Implementado	✓	
					31	Os colaboradores afetos ao serviço de Taxas Moderadoras não têm permissão para fazer anulações de recibos.	Em permissão para anulação de recibos um nº muito reduzido de profissionais, possibilitando a devolução de taxas cobradas independentemente.	✓	
Prescrição de MCT e Transportes de doentes	Recurso excessivo ou injustificado a MCDT	Baixa	Alto	Moderado	32	Elaboração e/ou revisão de normativos e procedimentos para requisição de exames ao exterior que obtemperem ao cumprimento de um conjunto de validações/autorizações.	Implementado	✓	
					33	Segregação de funções e responsabilidades das operações.	Implementado	✓	
					34	A admissão de doentes para a realização de MCDT's, apenas será efetuada depois de validada a salvaguarda da responsabilidade financeira da entidade terceira responsável.	Implementado	✓	
					35	Estabelecer protocolos de MCDT por especialidades.	Implementado	✓	
					36	Controlo das requisições de MCDT.	Implementado	✓	

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Outras Exceções	Próx. An. Exceções
Prescrição de MCT e Transportes de doentes	Existência de conflito de interesses na prescrição de MCDT realizados no exterior e Transporte de Doentes	Baixa	Médio	Baixo	37	Garantir o acompanhamento na execução do contrato de transporte de doentes	Implementado. Muita dificuldade em que as transportadoras contratadas (associações de bombeiros da região de Aveiro) dêem resposta atempada a todas as solicitações.	✓	
					38	Implementação da Aplicação de Gestão Integrada de Transportes de acordo com os normativos vigentes.	Implementado	✓	
					39	Elaboração de normativos e procedimentos de controlo interno para a área de transporte de doentes.	Procedimentos conforme a legislação em vigor.	✓	
					40	Segregação de funções e responsabilidades das operações.	Implementado	✓	
					41	Estabelecer que os diretores de serviço deverão proceder à revisão e aprovação dos pedidos de serviços externos.	Implementado	✓	
Gestão da Lista de Espera de Consultas	Fixação de objetivos inaccessíveis numa ótica de crescimento da produção.	Baixa	Alto	Moderado	42	Controlo das requisições de transporte de doentes	A emissão de requisição de transporte de doentes é responsabilidade médica. O controlo da requisição é da responsabilidade da central de transportes e/ou dos secretários dos serviços, e partir da emissão da requisição. Implementado	✓	
					43	Capacidade instalada vs. Internalização dos MCDT dos CSP nos cuidados hospitalares.	Processos trabalhados pelos Gestores dos Serviços.	✓	
					44	Impacto nos recursos financeiros de instituição por recurso a privados.	Processos trabalhados pelos Gestores dos Serviços.	✓	
					45	Impacto por falta nos equipamentos ou absentismo dos recursos humanos.	Processos trabalhados pelos Gestores dos Serviços.	✓	
					46	Monitorização do cumprimento dos TMRG.	Monitorização periódica.	✓	
Gestão de Inscritos para Cirurgia	Incumprimento dos TMRG da LEC	Média	Médio	Moderado	47	Sensibilização dos colaboradores para a necessidade de cumprimento legal e dos procedimentos instituídos em matéria de listas de espera.	A central de consultas para a lista de espera de consulta e procede às marcações tendo em conta a prioridade de cada pedido e a sua antiguidade. Tem em conta os TMRG sempre que as vagas disponíveis o permitem.	✓	
					48	Avaliação/monitorização permanente dos doentes inscritos em Lista de Espera (LIE), das intervenções em tempo normal de trabalho, das disponibilidades de pessoal e bloco operatório.	Gestão do Serviço	✓	
					49	Elaborar avaliação periódica das alterações de prioridade clínica na LEC	Gestão do Serviço	✓	
					50	Verificar mensalmente, via aplicações informáticas, a identificação do médico cirurgião proponente e o do médico cirurgião executante.	Gestão do Serviço	✓	
					51	Cumprimento das disposições legais.	Gestão do Serviço	✓	

Sub-Área de risco	Riscos identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviços Responsáveis	Implementação Medidas/Monitorização	Classificação de Risco	Plano de Emergência
Gestão de Inscritos para Cirurgia	25 Incumprimento dos TMRG da LIC	Média	Alto	Elevado	52 Manutenção do cumprimento dos TMRG.	Serviços Clínicos, Gestores	Gestão do Serviço	●	
					53 Sensibilização dos colaboradores para a necessidade de cumprimento legal e dos procedimentos instituídos em matéria de listas de espera.	Serviços Clínicos, Gestores	Gestão do Serviço	●	
Proteção de dados pessoais	26 Acesso e divulgação indevida da informação clínica dos utentes	Média	Médio	Moderado	54 Elaborar e divulgar junto dos colaboradores o procedimento a seguir no que respeita à revelação de Dados Pessoais de saúde e familiares ou outros indivíduos	SGD, EPD	Os profissionais são constantemente relembrados da proibição de revelar dados pessoais ou de saúde dos utentes. O apoio profissional está também contemplado nos contratos de trabalho.	●	
					55 Implementar restrição de acessos à informação clínica	SGD, SI/AS	Os assistentes técnicos continuam a ter acesso a informação clínica dos utentes, sem dela necessitarem. Por exemplo nas requisições de exames a realizar internamente e no exterior.	●	2.º semestre 2025
					56 Promover ações de formação no âmbito do RGPD	SGD, EPD	Os profissionais são incentivados a participarem em formações deste âmbito.	●	
					57 Sensibilizar e divulgar juntos dos colaboradores o Guia das Boas Práticas do RGPD.	SGD, EPD	Divulgado.	●	

ÁREA/SERVIÇO: Serviços Financeiros (SF)

Serviços Financeiros									
Sub-Área de risco	Riscos identificados	Probabilidade	Impacto	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação/ Medidas/ Monitorização	Grau de Execução	Prazo de Execução	
Organização do Serviço	1 Organização da função indefinida	Média	Médio	1 Promover a existência de regimento interno do serviço. 2 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SF, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SF	Ainda não concluído.	🟡	2.º semestre de 2025	
	2 Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Média	Médio	3 Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividades atribuídas e o recurso e trabalho extraordinário/suplementar.	SF	Ainda não concluído.	🟡	2.º semestre de 2025	
				4 Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais	SF	Continuar a promover ações de formação.	🟢		
	3 Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Médias	Médio	5 Promover a implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente. 6 Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	SF	Estão a ser desenvolvidos e revistos manuais de procedimentos.	🟡	2026	
Gestão de Contas a Pagar	4 Falha na interligação entre aplicações	Média	Médio	7 Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam, de modo a verificar a coerência dos dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estas existirem.	SF	Estão a ser desenvolvidos e revistos manuais de procedimentos.	🟡	2026	
	5 Despesa não cabimentada - Incumprimento da Lei dos Compromissos	Baixa	Médio	8 Validar a existência prévia de cabimentação da despesa. 9 Implementação de procedimento para integração automática entre GHAF e SICCC (cabimentos, compromissos)	SF	Implementado.	🟢		
	6 Falha de publicação de contratos no portal dos contratos públicos - Base Gov	Média	Elevado	10 Verificar se todos os contratos celebrados foram devidamente publicados no portal de internet dedicado aos contratos públicos, não tendo sido feitos pagamentos previamente a este publicitação	SF, SCL	Em fase de estudo e implementação	🟡	2026	
	7 Ausência de circularização periódica de fornecedores	Média	Médio	11 Realizar circularizações periódicas dos saldos de fornecedores a fornecer e reconciliação dos mesmos com a conta corrente e ajustamento das diferenças existentes, após aprovação das mesmas.	SF	Existem atrasos no registo dos contratos, já foi emitido um alerta para esta situação. Encontra-se previsto no Plano Anual do SAL uma auditoria aos registos na BaseGov	🟡	2.º semestre de 2025	
3				12 Realizar circularizações periódicas dos saldos de fornecedores e proceder à reconciliação dos mesmos com a conta corrente e ajustamento das diferenças existentes, após aprovação das mesmas.		Circularização de contas correntes dos fornecedores trimestralmente e de forma eletrónica.	🟢		
	8 Faturas recacionadas não registadas	Média	Médio	13 Efetuar o registo de faturas em receção e conferência	SF, SCL	Qualquer atrasamento, é sempre efetuado com aprovação de membro do conselho. Não é efetuado registo de F1, no entanto é enviado mensalmente para os SF o valor de documentos não registados mas recacionados para respetiva especialização	🟢		

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Sistema de controle	Implementação Medidas/Monitorização	Classificação	Próx. Atividade	
Gestão de Contas a Pagar	9	Pagamento a fornecedores sem a situação tributária regularizada (ie. dívidas à AT e/ou Segurança Social)	Média	Médio	Moderado	14	Verificar e regularização situação fiscal e contributiva dos fornecedores, antes de realizar pagamento, ou existência no processo do cumprimento desse procedimento contábil.	SF	Implementado	✓
	10	Pagamentos autorizados por pessoas sem competência para o efeito	Baixa	Baixo	Baixo	15	Implementar um sistema de alerta	SF, SIAS	Iniciado projeto. Não houve continuidade	✗
	11	Não cumprimento da política de pagamentos definida (pagamento preferencial (mais célere) a alguns fornecedores)	Baixa	Baixo	Baixo	16	Garantir que existam responsáveis definidos para a autorização de despesas e qual o montante a autorizar, e que a segregação entre as operações é devidamente escalada e que existem regras que previnam a existência de pagamentos não autorizados por entidade responsável.	SF	Implementado	✓
						17	Elaboração e implementação de procedimento/regulatória para pagamento a fornecedores.	SF	Implementado	✓
						18	Plano de pagamento mensal, devidamente autorizado, salvaguardando tratamento igual para as várias categorias de fornecedores	SF	Implementado	✓
						19	Reporte à gestão, sempre que se preveja incumprimento dos prazos de pagamento, previamente contratualizados, para que sejam tomadas as medidas necessárias à redução destes prazos, de modo a cumprir a lei dos compromissos e pagamentos em atraso (LCPA).	SF	Mensalmente é enviada posição da dívida onde se inclui os arrears.	✓
	12	Processos de pagamentos não devidamente organizados, não contendo todos os documentos necessários ou os mesmos não estarem devidamente controlados/validados	Baixa	Alto	Moderado	20	Verificar se a contabilidade procede à verificação da antiguidade de saldos, se estão implementados mecanismos de controlo de faturas por pagar e se tem em consideração os acordamentos de pagamentos por critérios cronológicos, evitando que haja pagamentos em atraso e pagamento de juros	SF	Implementado	✓
						21	O processo para pagamento a fornecedores deverá estar devidamente organizado e todas as faturas e notas de crédito deverão ser previamente conferidas/validadas.	SF, SCL	Implementado	✓
						22	Avaliar a necessidade de criar regras escritas para a boa organização e arquivo dos processos.	SF, SCL	Arquivo de documentos efetuado de forma correta, ou por ordem alfabética ou por ordem de código do fornecedor, para quando dos pagamentos não houver perda de tempo à procura de documentos.	✓
	13	Débito de juros de mora por atraso nos pagamentos	Média	Baixo	Moderado	23	Averiguar, quando há lugar ao pagamento de juros de mora, as causas do atraso nos pagamentos e se foram tomadas todas as medidas necessárias para prevenir esse custo.	SF	Os pagamentos sempre que possível são efetuados dentro dos prazos, valor do duodécimo inclui verba destinada exclusivamente para pagamento de dívida vencida. Em situações em que existam ameaças de débito de juros, existe a negociação de pagamento de forma a evitar a aplicação dos mesmos, este controlo é efetuado diariamente	✓
14	Descontos financeiros não obtidos	Média	Médio	Moderado	24	Verificar se os registos contabilísticos de juros, são efetuados em conta adequada e se é feita a sua especialização.	SF	Implementado	✓	
					25	Averiguar a negociação dos pagamentos, contemplar a possibilidade de condições de obtenção de descontos pronto pagamento.	SF	Sempre que existe possibilidade de obtenção de descontos ou preços mais vantajosos.	✓	
					26	Verificar se esses descontos foram considerados nas faturas emitidas pelo fornecedor.	SF	Por norma os descontos são após o pagamento ou no momento do pagamento.	✓	

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Exatidão	Prazo de Execução
Gestão de Contas a Pagar	15 Inexistência de segregação de funções nas operações de pagamentos	Baixa	Alto	Moderado	27 Garantir que as funções/tarefas relativas a estes processos se desenvolvam tendo em consideração a sua distribuição por trabalhadores/serviços de forma a garantir uma adequada segregação de funções e a existência dos mecanismos de controlo e supervisão que minimizem a possibilidade de ocorrência de riscos.	SF	A segregação de funções está implementada. pagamentos são efetuados após análise e autorização de pelo menos dois membros do CA.	+	
	16 Cobranças não registadas e não contabilizadas corretamente	Baixa	Médio	Baixo	28 Avançar se se encontra implementado procedimento de reconciliação trimestral dos saldos de cortes a receber, com informação solicitada aos clientes (circulante,ão).	SF	Implementado. verificação é efetuada com receção de extratos de fornecedores.	+	
					29 Verificar mensalmente que todos os atos clínicos registados no período foram faturados.	SF, SGD, SPCG	Tem vindo a ser efetuada numa base mensal a monitorização dos registos referentes à codificação	+	2026
					30 Verificar que todos os atos clínicos foram corretamente faturados em termos de GDH.	SF, SGD, SPCG	clínica, consultas, hospitais de dia, lic. agendamentos	+	
					31 Avançar a implementação de procedimentos de obtenção de informação automática (query) que identifique os erros limitados à faturação.	SF, SGD, SPCG	ultrapassados, reagendamentos, modif's não parametrizados, etc, cuja informação é reportada aos serviços para correção	+	
					32 Proceder à faturação nos prazos estabelecidos legalmente.	SF, SGD, SPCG	implementado	+	
Gestão de Contas a Receber	17 Atos clínicos não faturados, faturados incorretamente (informação insuficiente ou incorreta sobre o utente ou cliente) ou não faturados oportunamente	Média	Alto	Elevado	33 Verificar se se procede à identificação da natureza da produção vs a sua classificação contabilística e ao cruzamento da produção realizada (nº episódios) com os episódios faturados especializados. A diferença deve ser objeto de cálculo e registo através da especialização. Implementar um procedimento de análise de corte de operações no cálculo e registo de produção realizada.	SF, SGD, SPCG	Mensalmente é efetuada especialização, tendo como base de cálculo, a produção associada ao Contrato Programa. No âmbito de sua atividade o SPCG habitualmente valida e informa através do cruzamento de fontes diferentes (ex: TB vs SONHO, SONHO vs SIIMA, SONHO vs SCLINICO.	+	
					34 Definição de regras e procedimento para a faturação a terceiros pagadores	SF, SGD	Encontra-se em fase de conclusão um procedimento de faturação a seguradores	+	2.º semestre 2025
					35 Implementar restrição de acessos ao módulo de faturação.	SF, SGD	O módulo de faturação deve estar atribuído unicamente aos Serviços Financeiros, e Serviços de Urgência. Restringido desta forma possíveis erros. Uma vez que existem barreiras arquitetónicas no acesso à tesouraria, é premente, criar um balcão de cobrança em local de acesso fácil p.e. Zona *. Esta situação deverá ser objeto de análise.	+	2026
					36 Promover a definição e segregação de funções.	SF, SGD	No que diz respeito aos Serviços Financeiros esta questão está assegurada relativamente a cobrantes.	+	
					37 Implementação de procedimentos que assegurem que a receita cobrada seja integral e diariamente depositada ou justificações para que isso não aconteça.	SF	Implementado no que diz respeito aos serviços hospitalares. No CSP esse controlo é menos eficaz, apesar de se ter feito controlo, carece de alteração urgente dos processos e procedimentos.	+	2.º semestre 2025
					38 Prevenir o recebimento via Multibanco ou transferência bancária. Reduzir ao mínimo possível a utilização de cheques e proceder ao complot diário do montante recebido de taxas moderadoras por posto de atendimento e/ou colaborador.	SF, SGD, DCSP	Implementado ao nível hospitalar, carece de alteração no que diz respeito aos CSP.	+	2026
18 A receita cobrada não é integral e diariamente depositada	Média	Baixo	Moderado		39 Verificar os procedimentos de controlo existentes, incluindo cruzamento de informação e verificação documental, permitindo efetuar as todas as cobranças realizadas são depositadas, realização de conciliações bancárias	SF	Implementado ao nível hospitalar, carece de alteração no que diz respeito aos CSP	+	2026

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Exatidão	Período de observação
Gestão de Contas a Receber	19 Sistema de cobranças ineficiente por acompanhamento das contas de clientes esporádico e pouco metódico	Média	Médio	Moderado	40	Instalação de procedimentos que possibilitem uma análise estruturada e regular dos saldos de terceiros, promovendo os necessários mecanismos de cobrança e diminuindo o risco de prescrição de dívidas, possibilitando o planeamento atempado do fluxo de recebimentos e uma análise detalhada do risco de incobrecibilidade	SF	Em implementação, estão a ser enviados periodicamente extratos para companhias de seguros.	2.º semestre 2025
	20 Saldos de clientes incorretos	Média	Médio	Moderado	41	Proceder ao envio regular de extratos aos clientes com saldos mais significativos solicitando reparo aos mesmos e à análise e ajustamento das diferenças existentes, após aprovação das mesmas	SF	Em implementação, estão a ser enviados periodicamente extratos para companhias de seguros.	2.º semestre 2025
	21 Imparidade/provisões não registadas	Baixa	Baixo	Baixo	42	Definir e implementar critérios de identificação e cálculo de imparidades na dícta económica e não na dícta fiscal.	SF	Efetuada no final do exercício.	
	22 Créditos/faturas por cobrar cujo prazo de cobrança tenha prescrito ou caducado		Médio	Elevado	43	Entregar listagem documental das faturas por cobrar ao Serviço Jurídico e Contencioso, atempadamente, permitindo averiguação de cobrança de modo a atualizar-se judicialmente antes da sua prescrição ou caducidade de forma a permitir reversão e promoção de incobrecibilidade	SF, SJC	não implementado	2028
	23 Anulações de créditos não devidamente fundamentadas e autorizadas	Baixa	Baixo	Baixo	44	Proceder à elaboração do procedimento para anulações de créditos, incluindo registos a efetuar, controlo de recibos, respetivas justificações e autorizações por pessoa competente.	SF	implementado	
	24 Insistência de segregação de funções entre faturação, contas de clientes e recebimentos	Baixa	Baixo	Baixo	45	Segregação de funções e responsabilidades das operações.	SF	Existe segregação de funções.	
Gestão de Tesouraria	25 Falta do envio atempado à ACSS	Baixa	Alto	Moderado	46	Assegurar que a faturação é enviada em tempo útil à ACSS, para a dívida de montanteização	SF	implementado	
	26 Não elaboração de planos ou orçamentos da tesouraria anuais devidamente aprovados	Baixa	Baixo	Baixo	47	Elaboração de planos de tesouraria, de modo a controlar a gestão da tesouraria e saber sempre que necessário, o ponto da situação em termos de pagamentos e recebimentos.	SF	Foi retomado o registo de cash-flows em folha de cálculo.	2.º semestre 2025
	27 Informação sobre recebimentos, pagamentos e saldos de tesouraria não identificados	Média	Médio	Moderado	48	Apurar se toda a documentação produzida identifica devidamente os seus intervenientes, se os processos de pagamentos, liquidação e cobrança de receitas se encontram organizados e os registos e conferências de saldos de tesouraria estão suportados em adequada documentação, se a execução destes tarefas respeita o princípio da segregação de funções e se dos processos constam as autorizações por pessoa com competência para o efeito	SF	implementado	
	28 Pagamentos e recebimentos diferentes dos montantes a pagamento/recebimento (Clientes e Fornecedores)	Média	Médio	Moderado	49	Reconciliação periódica de cortes correntes com extratos emitidos pelas entidades.	SF	Circularização de cortes correntes dos clientes/fornecedores trimestralmente e abstratamente.	
	29 Reconciliação entre valores cobrados ou pagos, constantes das folhas de caixa e respetivo suporte documental ser efetuada por pessoa que tem também funções de caixa	Baixa	Baixo	Baixo	50	Designar pessoa responsável pela conferência, controlo das operações de cobrança ou pagamentos, com os registos nas respetivas folhas de caixa ou documentação de suporte. A reconciliação bancária deve ser efetuada por um trabalhador que não exerça funções de caixa.	SF	Reconciliações bancárias efetuadas mensalmente por colaborador não afeto à Tesouraria.	
	30 Trabalhadores que registam cortes de clientes (sem acesso à tesouraria (e a valores recebidos)	Baixa	Médio	Baixo	51	Assegurar a efetiva segregação de funções e regulamentar o acesso dos trabalhadores à tesouraria, de modo a clarificar diferenças que devam existir entre as funções relativas ao setor responsável pelos clientes e o setor da tesouraria.	SF	Existe segregação de funções	

Sub-área de Risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medida/Monitorização	Gravidade Estimada	Prazo de Solução
Gestão de Tesouraria	31 Inexistência de regras relativas à substituição do rescrente	Baixa	Alto	Moderado	Existência de um regulamento de tesouraria onde constem as regras relativas à substituição do rescrente (nas ausências).	SF	Não existe, mas estão definidos dois RH's para esta função, sempre que existe troca de tesoureiro (prensa) efetua-se contagem física do caixa.	🔴	2.ª semestre 2025
	32 Acesso indevido a cofre de valores	Média	Médio	Moderado	Promover a existência de regras que contemplem o acesso ao cofre, a atribuição de obrigações a os procedimentos a observar, por forma a garantir a segurança dos valores e as responsabilidades em caso de extravio de valores.	SF	Está definido quem tem acesso ao cofre.	🟢	
	33 Sistema de suporte à gestão de tesouraria inexistente ou desadequado	Baixa	Baixo	Baixo	Proceder à implementação da aplicação informática de gestão de tesouraria, a qual deverá permitir efetuar e registar os movimentos e gerar as disponibilidades.	SF	Implementado (SICC)	🟢	
					Realização de as contagens físicas presenciais dos valores à guarda da tesouraria.	SF, SAI	Implementado	🟢	
					Caso se digitem dados de fundos, as ocorrências deverão ser recordadas suporimente e fim do serem abertos procedimentos de averiguações e tomadas medidas cautelares necessárias para a boa organização e funcionamento dos serviços.	SF	Sim caso existam suspeitas de dados os mesmos serão reportados ao CA e ao RCN	🟢	
	34 Desvio de fundos	Baixa	Médio	Baixo	Cumprir as regras do manual de Fundo Manuseio em documento.	SF, SCD	Implementado, para o único fundo manuseio existente.	🟢	
					Utilização de palavras-passe pessoais e intransmissíveis para acesso aos sistemas informáticos, incluindo homebanking.	SF	Implementado	🟢	
					Segregação de funções, entre quem processa e quem autoriza.	SF	Implementado.	🟢	
					Controlo dos registos correspondentes a pagamentos e recebimentos, no que se refere a anulações e sua justificação, por trabalhador não afeto a manuseamento de valores.	SF	Implementado.	🟢	
	35 O MB não corresponder à instituição correia	Baixa	Alto	Moderado	Conferência por profissionais diferentes que procedem aos registos de transferências / pagamentos.	SF	Implementado	🟢	
36	Transferência / pagamento de valor diferente do autorizado	Média	Médio	Moderado	Reconciliações bancárias mensais efetuadas por profissional diferente do quem realizou os registos contabilísticos e de tesouraria.	SF	Implementado.	🟢	
					Verificar se todas as despesas efetuadas por fundo de manuseio estão devidamente justificadas e documentadas.	SF	Implementado.	🟢	
					Conferência dos documentos das despesas efetuadas através do fundo de manuseio, nomeadamente:				
		Baixa	Baixo	Baixo	a) justificação e autorização das despesas e se as mesmas reúnem os requisitos (se são urgentes, de pequeno montante, dentro dos limites do fundo e rubrica orçamental); b) se os documentos pagos têm anexado o carimbo/menção do "pagto", assinatura e data; c) validação da folha de manuseio pelo superior hierárquico do serviço; d) verificar se a reconstrução do fundo de manuseio é efetuada periodicamente e obedece aos requisitos legais.	SF	Implementado	🟢	

Sub-Área de Risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas	Monitorização	Orçamento	Prazo de Execução
Gestão de Tesouraria	38	Baixa	Médio	Baixo	65	Verificar se são devidamente realizadas conciliações bancárias por pessoa designada para o efeito, em tempo útil entre a data de cobrança e os depósitos bancários.	SF	Implementado		
	39	Baixa	Alto	Moderado	66	Elaboração de procedimentos escritos com referência à identificação da local de cobrança, identificação do ocorrido, e identificação dos intervenientes e das datas de entrega.	SF, SGD	Não existe procedimento escrito, mas existe controlo diário de taxas cobradas		2026
					67	Implementação de normas que garantam maior celeridade na cobrança coerciva de taxas moderadoras.	SF, SGD	Não há cobrança coerciva de taxas. Situação a avaliar		2026
	40	Baixa	Alto	Moderado	68	Averiguar a eficácia dos mecanismos de controlo implementados que minimizam ou impeçam falhas de valores em causa ou erro de cheques.	SF	O caso é fechado diariamente. Periodicamente são efetuados auditorias.		
					69	Verificar se os registos contabilísticos são efetuados em contas adequadas e atempadamente.	SF			
	41	Baixa	Baixo	Baixo	70	Verificar movimentos efetuados através de contas fora do IGCIP, apurar as justificações, validar a existência de autorização da Turma Financeira/DGTF/IGCP para saídas da exceção.	SF	Implementado, periodicamente é renovado o pedido da exceção de cumprimento da LITE		
	42	Baixa	Médio	Baixo	71	Elaborar periodicamente contagens físicas ao numerário e verificação da documentação em caixa pelo tesoureiro e por trabalhador designado para validação de documentos em caixa, para avaliar eventuais desconformidades de valor ou razoabilidade de prazos dos documentos e adequabilidade dos mesmos.	SF	Implementado		
					72	Aprovação pelo CA das doações/ofertas	SF	Implementado		
	43	Baixa	Baixo	Baixo	73	Elaboração e implementação de procedimento interno para aceitação de doações/ofertas.	SF, SCL, GEC	Não existe procedimento, no entanto para todos os doadores em dinheiro existe "procedimento" no qual se solicita autorização ao CA para sua aceitação e registro, para além do facto que estas doações vêm sempre direccionadas ao próprio CA.		2026
	44	Média	Médio	Moderado	74	Conciliar mensalmente o total de imobilizado registado no sistema de informação de imobilizado, com os saldos das respetivas contas de contabilidade registadas no SICCP, analisar e ajustar diferenças (verificar registos de aquisição e abates do imobilizado).	SF, SCL	Continuam as mesmas carencias no que diz respeito ao imobilizado, devem implementar-se novos processos e procedimentos.		2026
Gestão Imobilizado	45	Alta	Médio	Elevado	75	Cacular e registar mensalmente as anotações de bens de imobilizado.	SF, SCL	Implementado, com limitações. Informação na expensão diretamente dos SF.		2026
	46	Média	Médio	Moderado	76	Avaliar periodicamente se os bens registados em imobilizado em curso se encontram efetivamente nessa estado ou se devem transitar para Ativos Fijos Tangíveis.	SF, SCL	Medida a implementar com uma periodicidade mensal		2.ª semestre de 2025
	47	Média	Médio	Moderado	77	Registos de inventários e cadastro (incluindo depreciações), de acordo com o normativo contabilístico.	SF, SCL, GEC	É efetuado no final do ano, registo em rubricas próprias de imobilizado que não está terminado.		

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Recursos Humanos (SRH)

Serviço de Recursos Humanos							Grau de Execução	Próximo Exercício
Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação/ Medida/Monitorização		
Organização do Serviço	1 Organização da função malinda	Alta	Médio	Elevado	1 Promover a existência de Regulamento interno do Serviço.	SRH	A Implementar	2026
					2 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SRH, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SRH		2.º semestre 2025
	2 Quadro da pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Alta	Alto	Elevado	3 Avaliar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividades atribuídas a o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	SRH	Pode aplicar alguma medida, face ao volume de trabalho e ao nível de exigência das organizações de trabalho, não em arco possível eliminar o trabalho suplementar.	2026
					4 Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	SRH, CF	A formação é realizada à medida da oferta, tendo em consideração a necessidade de assegurar o funcionamento do serviço	
	3 Inadeguado Sistema de Controlo Interno (SCI)				5 Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma organizada, eficiente e transparente.	SRH	Elaboração de instruções sobre o registo inicial de trabalhadores no SISQUAL e RHV	2.º semestre 2025
					6 Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	SRH, CA, SGQSD	A elaboração de documentos exige uma prévia organização do SRH, que no ano 2024 não foi possível atingir. Acresce ainda que para este tipo de trabalho possa ser efetuado, é necessária a existência de trabalhadores que se encontrem dispensados de funções de rotina diária.	2026
	4 Falha na interligação entre aplicações	Baixa	Alto	Elevado	7 Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se integram, de modo a evitar a ocorrência dos dados, a eliminar resíduos de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existam	SRH	Fazer aos contínuos a forma enumerados nem sempre é possível, com a regularidade desejada, proceder ao cruzamento de informação entre aplicações.	2026
	5 Prestação de informação incompleta e ou imprecisa ao CA para a tomada de decisão.	Baixa	Alto	Moderado	8 Realização de reuniões periódicas com vista ao esclarecimento de dúvidas e aplicação da legislação atualizada	SRH	A instrução dos processos para tomada de decisão é elaborada com rigor, procurando observar-se as disposições legais em vigor. Em todas as situações de dúvidas, o Conselho de Administração ou cada um dos seus membros, individualmente, solicita informação adicional.	
Seleção e Recrutamento	Inexistência de critérios de seleção e recrutamento escritos	Baixa	Alto	Moderado	9 Definir uma política de gestão de recursos humanos que vise a seleção de melhores recursos, de acordo com os requisitos legais, bem como as necessidades e a prestação de serviço de qualidade na US RA	SRH, CA	Em todos os processos de recrutamento a seleção, o fim do procedimento, define previamente os critérios de seleção, considerando os mesmos do resto da administração. Não é viável a existência de critérios de seleção de caráter geral, previamente fixados, na medida em que o conteúdo funcional das categorias é bastante variável, pelo que os critérios têm de se adequar ao mesmo. Nos concursos do regime geral, os critérios são previamente fixados pelo JUI e revistos quando os critérios de seleção se alteram. Os critérios de seleção de caráter geral, previamente fixados, são aplicados a todos os processos de seleção, mantendo-se a obrigatoriedade de o JUI definir previamente os critérios de seleção. Contudo, ainda rege que nas carreiras dos corpos especiais, a seleção é efetuada de acordo com os requisitos legais que se encontram definidos em diploma próprio.	

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação/ Medidas/Monitorização	Gravidade	Plano de Execução	
Seleção e Recrutamento	7	Favorecimento ilícito na escolha dos recursos humanos e contrabando, abuso de poder e tráfico de influências	Média	Moderado	10	Definir uma política de gestão de recursos humanos que vise promover a seleção de colaboradores, de acordo com os requisitos legais, técnicos e competências necessárias à prestação de serviços de qualidade na ULS RA.	SRH, CA	Em 2024 foi implementado um sistema de controlo dos trabalhadores a contrair, respetivas contracheques e trabalhadores substituídos. As contratações são obrigatoriamente efetuadas tendo em consideração o nível de classificação final. Na presença dele não há reclamações acerca desta matéria. O processo de recrutamento é efetuado por diversas pessoas, aumentando o nível de transparência.	+
	8	Intervenção no processo de recrutamento de pessoas com relações de proximidade dos candidatos	Média	Moderado	11	Instituir regras gerais de rotatividade dos elementos que compõem os júris de concurso, de forma a assegurar que as propostas de decisão não fiquem, por regra, concentradas nas mesmas pessoas.	SRH, CA, Gestores, Serviços	A designação dos elementos que integram os júris é de competência do Conselho de Administração. Nos processos de recrutamento é de preenchimento obrigatório uma declaração de inexistência de conflitos e impedimentos.	+
	9	Utilização de critérios de seleção discriminatórios, sem respeito pelo princípio da equidade	Baixa	Baixo	12	Avaliação dos candidatos envolvendo várias fases com integração dos candidatos independente da seleção e realização de entrevistas.	SRH, CA, Gestores, Serviços	Considerações efetuadas no ponto 9	+
	10	Quebra das deveras de transparência	Média	Moderado	13	Elaboração e divulgação de normas para prevenção de conflitos de interesse	SRH, CA	Nos processos de recrutamento é de preenchimento obrigatório uma declaração de inexistência de conflitos e impedimentos.	+
					14	Inclusão nos contratos de trabalho de cláusulas específicas sobre conflito de interesses, incompatibilidades e deveres do sigilo.	CA, SRH, SJC	Os contratos individuais de trabalho têm uma cláusula específica acerca do dever de sigilo. Relativamente ao conflito de interesses e incompatibilidades, terá de ser elaborado um documento autónomo.	2026
Gestão de Recursos Humanos	11	Não declaração de conflito de interesses por parte dos membros do júri relativamente a candidatos	Baixa	Baixo	15	Exigência de entrega de declaração de inexistência de conflito de interesse dos membros do júri, sob a forma escrita, e apenas ao procedimento em causa.	SRH	Nos processos de recrutamento é de preenchimento obrigatório uma declaração de inexistência de conflitos e impedimentos.	+
	12	Informação sobre os profissionais, incorreta ou desatualizada	Alta	Elevado	16	Verificar que todas as alterações (criação, alteração ou eliminação) de dados são devidamente aprovadas e corretamente atualizadas no sistema de informação dos recursos humanos.	SRH	Encontra-se em análise a implementação do WebGPH, que permitirá que os próprios trabalhadores procedam à atualização dos respetivos dados.	2.º semestre 2025
				17	Insistência anual junto dos trabalhadores para atualização dos seus dados pessoais e profissionais.	SRH		2.º semestre 2025	
				18	Implementação do "processo individual eletrónico".	SRH	Em análise	2026	
	13	Prestação incorreta de informação ao trabalhador	Média	Moderado	19	Formação conjunta dos trabalhadores do SRH	SRH, CF	Sempre que possível é promovida formação, no entanto a elevada rotatividade dos trabalhadores no SGPH não tem permitido a consolidação de conhecimentos	2026
	14	Perda/dano ou falta de entrega de documentos.	Média	Moderado	20	Avaliar a introdução de plataforma documental para o efeito.	SRH	Em análise	2026
				21	Definir e divulgar o procedimento e o circuito de entrega documental.	SRH	Em análise	2026	
				22	Sujeção de todos os trabalhadores do SRH ao dever legal de sigilo.	SRH, EPD	Todos os trabalhadores têm conhecimento do dever geral de confidencialidade, uma vez que é um dos deveres elencados no Código de Conduta da ULSRA, a qual se encontra disponível na Intranet, no site Institucional.	+	
	15	Acesso indevido a informação e/ou processos individuais dos profissionais e quebra de sigilo	Alta	Elevado	23	Acesso restrito a profissionais do SRH. Definição de uma política de privacidade e proteção de dados pessoais.	SRH, EPD	Os trabalhadores do SGPH têm acesso a toda a informação constante das aplicações informáticas, uma vez que necessitam do acesso global para o exercício das respetivas funções.	
				24	Rever perfis de acessos de acordo com o cumprimento do RGPD.	SRH, EPD			
			25	Promover a sensibilização dos colaboradores do SRH para o cumprimento do RGPD	SRH, EPD	É promovida e incentivada a formação no âmbito do RGPD	+		

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação das Medidas Preventivas	Classificação	Prazo de Execução	
Gestão de Recursos Humanos	18	Início de funções do profissional sem contrato assinado	Média	Médio	26	Garantir a existência de autorização ministerial e contrato assinado, por ambas as partes, no início de funções de novos profissionais	SRH	Conselho de Administração dispõe atualmente da competência própria para a substituição, temporária ou definitiva, de trabalhadores. As situações não enquadradas, são obrigatoriamente sujeitas a parecer prévio da Direção Executiva do S.N.S. Todos os trabalhadores que iniciam funções da forma programada, assinam o contrato antes do início das mesmas. Os restantes trabalhadores que iniciam funções por necessidades de urgência imprevista, assinam o respetivo contrato no prazo máximo de 15 dias. Exceção-se os períodos de férias em que o membro do Conselho responsável pela assinatura do contrato se encontra ausente e os presidentes de serviço que prestam funções esporadicamente ou apenas aos fins de semana e noites.	+	
	17	Incorreta elaboração de contratos de trabalho	Baixa	Médio	27	Promover a existência de procedimento/guia de apoio na elaboração de contratos.	SRH, SJC	Os contratos são elaborados de acordo com modelos pré existentes.	+	
					28	Solicitar apoio jurídico para elaboração de contratos	SRH, SJC	Sempre que necessário o Gabinete Jurídico é consultado.	+	
	18	Incorreta integração jurídico funcional do trabalhador na instituição	Baixa	Médio	29	Promover a existência de um guia de acolhimento a novos profissionais.	SRH	O SRH dispõe de um Guia de Acolhimento resumido. A Comissão de Qualidade elaborou um guia completo e transversal a todos os grupos profissionais, aprovado já em 2023.	+	
	19	Não cumprimento das regras de contratação, renovação e rescisão de contratos.	Baixa	Alto	30	Implementação de mecanismos de apoio da execução do contrato a termo ou prestação de serviços.	SRH, SIAS	Em 2024 foi implementado um sistema de controlo dos trabalhadores e contratos, respetivas contratações e trabalhadores substituídos. No referido sistema são atualizadas as datas regulamentares, ou sempre que são apresentados documentos de ausência ou de retorno de funções.	+	
					31	Elaboração de procedimentos para a contratação de prestadores de serviços.	SRH, Gestores	Em análise	+	2026
	20	Falta de acompanhamento e contratos de prestação de serviços (médicos ou outros profissionais)	Alta	Alto	32	Solicitar apoio jurídico para elaboração de contratos.	SRH, SJC	Os contratos de prestação de serviços foram atualizados. Relativamente ao veterinária, o mesmo encontra-se dependente da sucessiva legislação sobre a matéria.	+	
					33	Rever sistematicamente as necessidades de recurso a prestadores de serviços gerando e sua aprovação prévia devidamente fundamentada.	SRH, CA, Gestores	Em análise	+	
	21	Inexistência de seguro dos profissionais ou sem data válida	Alta	Alto	34	Monitorização da existência e das validades das apólices de seguro obrigatório dos profissionais.	SRH	Em análise	+	2026
	22	Oscilações nos níveis de remuneração - a desmotivação dos trabalhadores afeta o respetivo desempenho.	Média	Médio	35	Realização de inquérito de satisfação com periodicidade bienal, permitindo identificar oportunidades de melhoria.	SRH, CA, GC, SIGOSD	O questionário de avaliação de satisfação dos trabalhadores é efetuado no âmbito do Programa Conciliar +	+	
Assiduidade	23	Registo de tempos trabalhados e controlo da assiduidade inadequados	Baixa	Baixo	36	Existência de um sistema eletrónico de gestão da assiduidade (Sistema de Registo Biométrico)	SRH	O registo de assiduidade é efetuado por leitura biométrica	+	
				37	Integração automática da informação da assiduidade na aplicação de processamento de vencimentos	SRH	A assiduidade é exportada automaticamente para o RHV	+		
				38	Promover a existência de regulamento de gestão da assiduidade e horário de trabalho.	SRH	Existe um regulamento de assiduidade e registo biométrico, no entanto encontra-se desatualizado.	+	2025	
	24	Registo: como horas trabalhadas, de tempo de trabalho relativo a ausências de pessoal	Alta	Alto	39	Controlo, se o registo de ponto é efetuado diariamente, aprovado pela respetiva direção do serviço ou em quem delegar e suportado por justificação da ausência e autorização prévia do trabalho extraordinário.	SRH, Gestores, Serviços Clínicos	O controlo diário do registo de assiduidade é da competência do Superior Hierárquico. As ausências que careçam de documento comprovativo são da responsabilidade do SRH e são devidamente registadas. A autorização prévia do trabalho extraordinário é do órgão de gestão.	+	
				40	Análise mensal pelo Gestor de Área da remuneração extraordinária.	Gestores, Serviços Clínicos	O SGH não detém informação sobre esta matéria	+		

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Indicadores de Desempenho	Prazo de Execução	
Assiduidade	26 Falta de controlo do registo de horas em Bolsa de Pontuação, Bolsa de Compensação e Selo Horário	Baixa	Médio	Baixo	41	Definir e divulgar procedimentos internos para a gestão da assiduidade.	SRH	Existe um regulamento de assiduidade e registo biométrico, no entanto encontra-se desatualizado.	2026
	26 Falta de registo biométrico, não sendo possível aferir o rigoroso cumprimento da carga horária de cada profissional	Baixa	Médio	Baixo	42	Sensibilizar para o registo biométrico dos trabalhadores da modo a garantir a fiabilidade da informação que origina o respetivo processamento e posterior pagamento.	Gestores, Serviços Clínicos	Os problemas de erros do pagamento de trabalho extraordinário é fundamentalmente dos superiores hierárquicos que não inserem as escalas, nem validam as assiduidades.	
	27 Pagamento de horas não trabalhadas	Alta	Alto	Elevado	43	Verificação semestral por amostragem baseada nos dados dos trabalhadores do Sistema de Gestão Biométrico.	Gestores, Serviços Clínicos		
					44	Responsabilização dos responsáveis/diretores do serviço, quer na validação de anomalias, quer na definição de escalas.	Gestores, Serviços Clínicos		
					45	Todas as informações sobre faltas, férias e licenças devem cumprir fundamentação legal.	SRH	Todas as informações sobre faltas, férias e licenças contém fundamentação legal.	
	28 Autorizações incididas ou sem fundamento legal	Baixa		Moderado	46	Garantir a não atribuição de dias de férias em número superior ao que o funcionalismo tem direito.	SRH	A exceção dos dias de férias e o respetivo recheio é efetuado automaticamente.	
					47	Garantir que o gozo de férias é autorizado pelo CA sob proposta do Diretor/responsáveis de serviço.	SRH, CA, Gestores	Encontra-se em análise e possibilidade de as férias terem apenas um nível de autorização.	2026
	29 Incumprimento do regime da chamada/prevenção	Média	Médio	Moderado	48	Promover a existência de um regulamento dos regimes de assiduidade e os pagamentos efetuados.	SRH	Em análise	2026
					49	Monitorizar o cumprimento das escalas aprovadas, os registos de assiduidade e os pagamentos efetuados.	SRH	Em análise	2026
					50	Revisão anual dos regimes de prevenção e chamada em vigor.	SRH, CA	Em análise	2026
30 Falta de avaliação da necessidade de realização de horas de prevenção	Baixa		Moderado	51	Rever sistematicamente as necessidades do recurso a horas de prevenção garantindo a sua aprovação prévia devidamente fundamentada e promover o desenvolvimento de mecanismos de controlo de sua utilização.	SRH, CA, Gestores	O trabalho extraordinário e suplementar é aprovado previamente pelo órgão de gestão.		
Processamento de Vencimentos	31 Processamento de abonos e descontos não autorizados	Alta	Alto	Elevado	52	Submissão de todos os abonos extraordinários e aprovação prévia do CA, de acordo com a delegação de competências instituídas.	SRH, CA, Gestores	Todos os abonos de caráter extraordinário (SGIC; Certificação Clínica, a Programar Adicional) são previamente autorizados pelo órgão de gestão.	
					53	Submeter todos os descontos (não oficiais) à aprovação dos profissionais.	SRH		
					54	Análise mensal da razoabilidade dos abonos e descontos processados.	SRH	Mensalmente são efetuadas todas as validações recomendadas pela SPMS.	
					55	Autorização mensal individualizada para prestação de trabalho que implique o pagamento de remuneração além de 1/3 da remuneração principal (n.º 7 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 92/79, de 30.03).	SRH	Escreve-se implementado um sistema de autorização prévia do órgão de gestão relativamente ao trabalho extraordinário.	
					56	Controlar que o total de remunerações base processadas corresponde à massa salarial aprovada.	SRH		
					57	Controlar se o total dos abonos e descontos processados correspondem aos devidamente autorizados pelo CA.	SRH, SF	A aprovação é efetuada nos mapas finais de processamento.	
	32 Vencimentos, contribuições e impostos calculados em erro e/ou não verificados e contabilizados oportunamente	Baixa	Baixo	Baixo	58	Controlar e correção do cálculo do valor das contribuições para os sistemas e subsistemas de solidariedade e segurança social e do imposto sobre o rendimento.	SRH	Os cálculos são efetuados automaticamente.	
					59	Efetuar o registo de custos com pessoal no período a que respeitam.	SRH, SF		
					60	Controlar que o total de remunerações pagas corresponde ao total das remunerações processadas.	SRH, SF	O controlo é efetuado, mas carece de formalização para garantir a existência de análises.	2.º semestre 2025
					61	Instaurar mecanismos de controlo entre as escalas aprovadas, os registos de assiduidade e os pagamentos efetuados.	SRH	Em análise	2026
33 Pagamento de remunerações pelo valor indevido	Média	Médio	Moderado	62	Instaurar procedimentos para regularização dos pagamentos indevidos.	SRH	Em análise	2026	
				63	Implementação de mecanismos de controlo interno que passem pela supervisão das funções e rotatividade do pessoal nas diferentes áreas.	SRH	Em análise	2026	

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação/ Medidas Monitorização	Grau de Exatidão	Prazo de Exatidão
Processamento de Vencimentos	34 Falta de reposição de importâncias indevidamente recebidas por trabalhadores.	Média	Alto	Elevado	64	Elaborar o controlo mensal das quotas do repouso, nomeadamente quanto ao plano de prestações acordado.	SRH, SF	Tem vindo a ser monitorizadas mas não com periodicidade mensal	2.º semestre 2025
	35 Ausência de controlo efetivo sobre a duração temporal das prestações de serviço	Média	Médio	Moderado	65	Elaborar relatório anual e apresentar ao CA sobre as situações pendentes do dever de repouso, nomeadamente as diligências efetuadas.	SRH, SF	O SAJ tem elaborado relatórios de acompanhamento e existe ainda uma inspeção de trabalho, para a tomada de diligências, aprovada em 2022 a qual terá de ser revista.	2.º semestre 2025
	36 Ajudas de custo irregulares ou de valor errado	Média	Médio	Moderado	66	Estabelecer mecanismos que permitam o controlo efetivo sobre as prestações de serviço, garantindo que todos os valores pagos são objeto de confrontação com a atividade desenvolvida e dentro do delimitado no respetivo contrato.	SRH, Gestores, Serviços Clínicos	Como vem a ser referido reiteradamente pelo SRH, nem todos os superiores hierárquicos elaboram e validam os respetivos salários. Esta tarefa mantém-se no SGRRH, não sendo viáveis quaisquer evoluções nesta matéria.	2026
Acumulação de funções	37 Falta de controlo nas acumulações de funções	Média	Médio	Moderado	67	Instituir procedimento de análise e verificação aos processos de ajuda de custo e de transporte e verificar se as despesas obedecem aos requisitos legais para serem pagas designadamente, se a sua necessidade foi devidamente fundamentada, previamente autorizada, os boletins de ranchoiro se encontram devidamente elaborados e se os documentos de despesas se encontram junto aos processos de pagamento.	SRH, SF	Não existem procedimentos escritos instituídos, mas a apresentação do comprovativo do despesa, constitui um pressuposto para o pagamento das mesmas	
	38 Acumulação de funções sem prévia autorização	Média	Médio	Moderado	68	Existência de procedimento para acumulação de funções previstas e proibidas para contratos de trabalho e contratos de prestação de serviços	SRH	Em análise	2026
	39 Acumulação de funções na ULSPA com funções em empresa com contrato de prestação de serviços ou fornecimento de bens à ULSPA.	Média	Médio	Moderado	69	Rever anualmente todas as aprovações de acumulação de funções.	SRH	Os diplomas referentes à Dedicção Plena do Pessoal Médico, alteram o regime de acumulação de funções. Os demais trabalhadores, solicitam autorização de acumulação de funções. Contudo, o SGRRH apresenta uma escassez de RH que impede um controlo mais eficaz.	2026
	40 Acumulação de funções na ULSPA com funções em empresas com contrato de prestação de serviços com a ULSPA	Média	Médio	Moderado	70	Exigência de declarações de acumulação de funções a todos os trabalhadores	SRH		
	41 Ausência ou deficiente avaliação da prestação de serviços dos profissionais da ULSPA	Média	Médio	Moderado	71	Exigência de declaração de impedimento de acumulação de funções.	SRH, CA	Todos os pedidos apresentados pelos trabalhadores são aprovados pelo Conselho de Administração.	
Avaliação de Desempenho	42 Atribuição de objetivos desajustados às tarefas realizadas	Média	Médio	Moderado	72	Exigência de declaração de incompatibilidades, impedindo a participação nos processos de seleção de fornecedores, aquisição ou monitorização de contratos relativos ao âmbito de intervenção da empresa onde acumula funções.	SRH	Nos processos de seleção de empresas não intervêm os trabalhadores.	Não aplicável
	43 Ausência ou deficiente fundamentação dos resultados das decisões de avaliação	Média	Médio	Moderado	73	Exigência da declaração de impedimento de acumulação de funções como trabalhador e prestador de serviços na ULSPA.	SRH	Em análise	2026
	44 Incumprimento dos prazos estipulados na lei para cada ciclo avaliativo	Alta	Alto	Elevado	74	Gerir o cumprimento das normas instituídas para aplicação do SIAAP.	SRH, CCA	A avaliação de 2023-2024 encontra-se a decorrer. O ano 2025 ainda não se encontra completamente formalizado para o trabalhadores do regime geral.	2.º semestre 2025
			Média	Médio	Moderado	75	Implementação de regras claras e objetivas para controlo/monitorização dessas situações.	SRH, CCA	Os objetivos são aprovados pelo Conselho Coordenador de Avaliação.
		Média	Médio	Moderado	76	Validação prévia pelo CCA de todos os objetivos fixados.	SRH, CCA, CA	Em análise	2026
		Média	Médio	Moderado	77	Verificação anual por amostragem baseada nas avaliações que se situam fora da média.	SRH	O CCA dispõe de um Regulamento que cerca da revisão.	2028
					78	Promover a existência de um regulamento de funcionamento do Conselho de Coordenação de Avaliação (CCA)	SRH, CCA		
					79	Realizar reuniões periódicas dos diversos CCA (carreira geral, médica e enfermagem) por forma a acompanhar o processo avaliação de desempenho e fazer cumprir com o legalmente delimitado.	SRH, CCA	O SGRRH não dispõe de competências relativamente aos CCA's	Não aplicável

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Compras e Serviço de Logística (SCL)

Serviço de Compras e Serviço de Logística										Critérios de Avaliação	
Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Classificação	Prazo de Execução		
Organização do Serviço	1 Organização da função indefinida	Alta	Alto	Elevado	1 Promover a existência de regimento interno do serviço.	SCL	Em 2013 foi elaborado Regulamento Interno para Aquisição ou Locação de Bens e Serviços e Emprelhados de Obras Públicas e, em 2018, o Manual de Contratação Pública. A atualização dos referidos documentos dependente da desagração da área das compras e de logística, prevista no Regulamento Interno da ULSPA, que se encontra a aguardar aprovação da Tutela	🟡	2026		
					2 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SCL, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SCL	As funções encontram-se delimitadas no entanto as mesmas terão de ser reestruturadas de acordo com a desagração acima mencionada.	🟡	2026		
					3 Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuada e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	SCL	O quadro de pessoal, conforme manifestado superavitariamente, não é ajustado às necessidades	🟡	2026		
	2 Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Média	Alto	Elevado	4 Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais	SCL, CF	Ações de formação são incentivadas e autorizadas sempre que solicitadas pelos colaboradores	🟢			
3 Falha na interação entre aplicações		Média	Médio	Moderado	5 Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se integram, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estas existam.	SF	A única aplicação utilizada pelo SA é o GHAF	🟡			
4 Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)		Alta	Alto	Elevado	6 Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.	SCL	Existem procedimentos, no entanto a atualização dos referidos documentos dependente da desagração da área das compras e de logística, prevista no Regulamento Interno da ULSPA, que se encontra a aguardar aprovação da Tutela	🟡	2026		
5 Inexistência de manual de procedimentos		Alta	Alto	Elevado	7 Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	SCL, CA, SQQSD		🔴	2026		
Gestão Existências					8 Elaborar um manual de procedimentos para a gestão de stocks, que regulamente responsabilidades e competências, procedimentos de controlo do processo de receção, armazenagem, distribuição e consumo.	SCL	A implementar face à reestruturação do serviço	🔴	2026		
					9 Criação de um fluxo/gestão que defina o circuito administrativo e assegure uma adequada distribuição de funções e responsabilidades.	SCL		🔴	2026		
	6 Registo de utilização/quebras como consumos	Média	Médio	Moderado	10 Procedimento de registo de utilizações.	SCL	Implementar um procedimento que defina as regras para o registo de utilizações	🔴	2026		
					11 Controlo entre as diferenças de inventário e o registo contabilístico em quadros de existências.	SCL	Esse controlo é efetuado	🟢			

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grupo de Execução	Prazo de Execução
Gestão Existências	7 Existências nos serviços não controladas	Média	Médio	Moderado	 Implementar armazém avançado em todos os serviços clínicos e realizar contagens cíclicas das existências ao longo do exercício, com informação ao CA.	SCL	Os armazéns avançados já estão implementados nos principais serviços da unidade de Aveiro, com exceção do S. de Urgência e do Bloco Operatório. Em virtude das suas limitações estruturais/funcionais, face à escassez de RH as contagens físicas não têm sido efetuadas. A implementar.		2026
	8 Falta de controlo sobre a receção da oferta/doações de produtos diretamente nos serviços	Média	Médio	Moderado	13 Restringir o acesso físico aos armazém através da implementação de uma política de controlo geral de acessos.	SCL	Acesso de, em virtude dos espaços existentes, não estar definida uma política de controlo geral de acessos, o acesso aos armazéns, é controlado pelos próprios funcionários dos mesmos		2026
	9 Falta de conhecimento por parte do órgão de gestão do stock de existências, registadas diretamente nas aplicações sem a respetiva autorização.	Baixa	Muito Baixo	Baixo	14 Implementar e incluir no manual de procedimentos normas sobre ofertas/doações de produtos e a sua comunicação ao serviço que efetua a gestão de existências.	SCL, SF	As doações são submatadas pelos serviços receptores a autorização do C.A., o qual, autorizando, comunica ao SCL		
	10 Fragilidades/inconformidades ao nível das instalações de armazenamento.	Alta	Médio	Elevado	15 Instituir procedimentos no sentido de se proceder à elaboração de autos de abate, devendo os mesmos ser autorizados previamente pelo órgão de gestão.	SCL, CA	O circuito encontra-se definido e funcional, no entanto será necessário no futuro elaborar um procedimento escrito		2026
	11 Movimentos de existências não registados e/ou contabilizados incorretamente	Média	Médio	Moderado	16 Melhorar das condições de carga, descarga e armazenamento e acondicionamento de produtos em armazém.	SCL	Considerando as infraestruturas atuais, sem possibilidades de implementação		2026
					17 Verificar que a informação constante dos movimentos de existências (receção, requisição interna, expedição) é corretamente registada no sistema de gestão de existências (armazém, código de material, quantidade, prazo de validade e veir)	SCL	Considerando os recursos existentes, a verificação não é efetuada com a periodicidade desejada. Esta situação poderá ser alterada face à reestruturação prevista para o serviço		2026
					18 Monitorizar periodicamente o material de elevado valor unitário	SCL			2026
					19 Promover a sensibilização dos colaboradores quanto à importância de um correto registo de entradas/saídas de armazém. O registo no GHAF deverá ser efetuado no momento da entrada e/ou saída das existências do armazém.	SCL	Considerando os recursos existentes e cadência do trabalho em armazém, nem sempre os registos são feitos no momento. Esta situação poderá ser alterada face à reestruturação prevista para o serviço.		2026
	12 Diferenças significativas entre as contagens manuais e os registos na aplicação	Média	Médio	Moderado	20 Salvaguardar o bloqueio do sistema informático durante o período de inventário e assegurar que quaisquer movimentos ocorridos durante o inventário são devidamente controlados/identificados e de caráter excecional.	SCL	Este procedimento é efetuado		
	13 Desvio de existências por trabalhadores ou terceiros	Média	Muito Baixo	Moderado	21 Implementação de um sistema automatizado de contagem através da utilização dos PDA'S (SGCIM-Móvel); permitir uma contagem mais eficaz e uma melhoria do processo de inventariação.	SCL	Situação a avaliar com a reestruturação do serviço		2026
					22 Segregar funções e responsabilidades das operações, imediatamente nas áreas de receção e armazém, que assegure a separação entre o controlo físico e o processamento dos correspondentes registos das existências.	SCL	Considerando os recursos existentes, nem sempre é efetuada a separação entre o controlo físico e a reestruturação prevista para o serviço.		2026
					23 Comparação das quantidades rececionadas com as notas de encomenda	SCL	Este procedimento é efetuado		
					24 Monitorizar de forma periódica dos consumíveis por serviço.	SCL	Considerando os recursos existentes, nem sempre é efetuada a avaliação		



Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Gravidade Estatística	Plano de Resposta
Gestão Existências					26 Realizar periodicamente inventários nos armazéns centrais. Promover instituições escritas, nomeadamente sobre quem os compete realizar, períodos de realização e procedimentos a observar quando são apurados desvios.	SCL	Considerando os recursos existentes, o inventário físico ao armazém central é efetuado anualmente.	✓	
					26 Manter o arquivo dos registos e processo relativo às contagens físicas realizadas.	SCL	Este procedimento é efetuado	✓	
					27 Reacionar apenas os materiais/medicamentos/equipamentos constantes em notas de encomenda, que estejam em bom estado físico e pelas quantidades encontradas.	SCL	Dependendo da carga de trabalho no momento, os recursos existentes e as deficientes condições físicas da descarga, nem sempre é possível fazer essa verificação. Esta situação poderá ser alterada face à reestruturação prevista para o serviço.	⚠	2026
	14 Recação não controlada física e qualitativamente	Baixa	Médio	Baixo	28 Promover a sensibilização dos colaboradores quanto à importância do registo de entrada no GHAF, ser efetuado no momento da receção dos produtos.	SCL	Este procedimento é efetuado	✓	
					29 A Guia de Remessa/Transporte deve ser preenchida, assinada de forma legível e com o nº mecanográfico do colaborador que reaciona o material.	SCL	Este procedimento é efetuado	✓	
					30 Implementar medidas de controlo de prazos de validade.	SCL	Implementada e metodologia FIFO	✓	
	15 Excesso do stock que se poderá tornar inutilizável ou obsoleto	Média	Médio	Moderado	31 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.	SCL	A avaliar face à desagregação da área das compras e da logística	✗	2026
					32 Elaboração de um procedimento que defina o circuito a seguir, no caso dos materiais obsoletos, detentores, excedentes e fora do prazo de validade, que se encontram nos vários serviços e que deverão ser devolvidos ao armazém central, bem como um procedimento que ateste/valde que, após inutilizados, os medicamentos, e outro material de consumo clínico, são devidamente encaminhados para o fim proposto, incluindo a devolução à indústria.	SCL, Serviços Farmacêuticos, SGHA, GEC	A avaliar face à desagregação da área das compras e da logística	✗	2026
					33 Implementar mecanismos de controlo de acessos aos armazéns nomeadamente através da adoção de um sistema de vigilância eletrónica e de outros elementos como detetores de incêndio e de intrusos.	SCL, EPD	A avaliar face à desagregação da área das compras e da logística	✗	2026
	16 Falta de vigilância para deteção de intrusos nos armazéns	Média	Médio	Moderado	34 Implementação de um procedimento para registo e controlo do material à consignação, por forma a garantir a rastreabilidade e histórico de todas as ações efetuadas, nomeadamente através da utilização do módulo de consignação do GHAF.	SCL	Estando já contratuado o módulo de consignação do GHAF, a sua implementação tem sido alvo de sucessivos esclarecimentos em virtude de fatores externos ao SCL.	⚠	2026
	18 Material clínico deteriorados	Baixa	Baixo	Baixo	35 Normas e procedimentos de salvaguarda das condições de armazenamento e devolução de material não utilizados.	SCL	A avaliar face à desagregação da área das compras e da logística	✗	2026
	19 Fornecimentos diretos de fornecedores a determinados serviços, sem a passagem pelo Aprovisionamento	Baixa	Médio	Baixo	36 Devem ser definidos pelo CA os serviços objeto deste tipo de fornecimento, juntamente com um conjunto de regras e procedimentos a observar para um adequado processo de conferência da sua realização e da faturação apresentada.	CA	A ser definido pelo CA	●	

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Gravidade Estimada	Prazo de Execução
Gestão Externa	20 Falhas no fornecimento das requisições internas	Média	Médio	Moderado	37 Promover a requisição on-line. 38 Evidência de validação do fornecimento/receção.	SCL	Este procedimento é efetuado	+	
	21 Inexistência de cabimentação prévia de despesa; incumprimento de Lei dos Compromissos	Baixa	Médio	Baixo	39 Aproveitar apenas despesas com informação de cabimentação prévia por parte dos SF.	CA	O SCL não aprova despesas	●	
					40 Assunção dos compromissos e autorização dos respetivos encargos;	SCL SF	Este procedimento é efetuado	+	
					41 Explicitação das autorizações para trabalhos/serviços adicionais e contratos plurianuais;	SCL	Este procedimento é efetuado	+	
					42 Implementação do procedimento para integração automática entre GHAF e SICC (cabimentos, compromissos)	SCL SF	Esajve para ser implementado no final de 2024. No entanto, considerando que nesse ano ocorreu a criação da UL SRA, com a integração dos CSP e do Hospital da Ovar (e sua posterior desintegração), não se achou oportuno, em virtude da sobreposição do trabalho que se verificou.	+	2026
	22 Aquisição de bens e serviços a ou empreitadas cujo procedimento concursal não respeite o CCP (nomeadamente fundamentar a decisão de contratar, a escolha do procedimento, e estimativa do valor do contrato e escolha do adjudicatário)	Baixa	Alto	Moderado	43 Elaboração e implementação de Manual/Regulamento Interno de Compras, como documento suporte das aquisições de bens e serviços e de empreitadas em conformidade com o CCP, que abrange todo o "processo administrativo" de aquisição, com circuitos que definem as funções/tarefas, competências e responsabilidades	SCL	Em 2013 foi elaborado Regulamento Interno para Aquisição ou Locação de Bens e Serviços e Empreitadas de Obras Públicas e, em 2018, o Manual de Contratação Pública. A atualização dos referidos documentos depende da desagregação da área das compras e de logística, prevista no Regulamento Interno da UL SRA, que se encontra a aguardar aprovação da Tutela	+	2026
Compras	23 Deficiente planeamento e avaliação das necessidades de aquisição	Média	Médio	Moderado	44 Existência de RH com formação adequada para a elaboração e aplicação das peças procedimentais respetivas, em especial, do convite e contrato; do programa do concurso e do caderno de encargos	SCL	Os RH são atribuídos de acordo com os recursos disponíveis, pelo que, nem sempre tem uma formação adequada	+	2026
					45 Implementação/forço de um sistema estruturado de exploração das necessidades. Elaborar um plano anual de compras que reflita as necessidades de todos os setores, tendo em vista a obtenção de ganhos qualitativos (maior repetição de lotes) e quantitativos (maior poupança) e melhoria do processo de gestão de stocks (evitando a redução de procedimentos de aquisição do mesmo bem ao longo do ano – fracionamento da despesa)	SCL, CA	A implementação desta medida terá de envolver as diversas áreas/departamentos da uma forma transversal, no entanto o Serviço de Aproximamento e os Serviços Farmacêuticos agregam as necessidades anuais dos Serviços em termos de materiais de consumo (clínico, administrativo e hotelaria) e produtos farmacêuticos e, sempre que possível, realizam procedimentos de aquisição conjuntos.	+	2026
					46 Definir e monitorizar o indicador "Porcentagem de aquisições fora do plano anual de compras"	SCL	Esta medida será avaliada no seguimento da reestruturação do serviço e tendo em consideração a implementação dum plano anual de compras	+	2026
					47 Adoção de procedimentos que garantam que todas as autorizações de compras sejam suportadas por pedido do serviço/departamento, e que este evidencie a necessidade da aquisição.	SCL	Este procedimento é efetuado	+	
	24 Inexistência de avaliação do fornecedor (qualidade, prazos de entrega,...)	Média	Médio	Moderado	48 Avaliação periódica dos fornecedores em termos de qualidade, satisfação dos prazos de entrega e quantidades encomendadas.	SCL	Esta medida será avaliada no seguimento da reestruturação do serviço	+	2026
	25 Falha no sistema de alerta em termos dos contratos	Média	Médio	Moderado	49 Elaboração e atualização de uma listagem informatizada dos contratos suscetíveis de renovação, pelos responsáveis de Serviços das respetivas áreas;	SCL, Gestores	Extremamente pertinente a efetivação desse controlo por parte dos gestores de área/contrato	+	2026
					60 Criação de um sistema de alerta informático;	SCL, SIAS	Esta medida será avaliada no seguimento da reestruturação do serviço	+	2026

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medida/Monitorização	Gravidade	Prazo de Execução
Compras	Falta de publicação de contratos no portal dos contratos públicos - Base Gov				51 Verificação pelo SCL de base de dados de contratos e respetiva calendarização com a elaboração de listagem mensal dos contratos suscetíveis de renovação, para que a avaliação de mesma se processe com uma antecedência mínima prevista para a denúncia;	SCL	Dependente da desagregação da área das compras e da logística		2026
		Média	Alto	Elevado	52 Verificar se todos os contratos celebrados foram devidamente publicados no portal de internet, denunciando aos contratos públicos, não tendo sido feitos pagamentos previamente à esta publicação	SCL, SF	Dando à carência de recursos, nem sempre é possível essa verificação. Atualmente já temos um colaborador atido praticamente em exclusivo a essa tarefa. No entanto haveria necessidade de, pelo menos, mais um colaborador para o efeito.		2026
					53 Assegurar os mecanismos de controlo de eventuais conflitos de interesses na Contratação Pública, designadamente os previstos no CCP, no Código do Procedimento Administrativo e no RGPC;	SCL	Este procedimento é efetuado		
					54 Divulgação do manual de procedimentos de boas práticas para a área de contratação pública e sensibilização dos trabalhadores sobre os normativos e procedimentos de controlo interno para a área de compras;	SCL	Esta medida será avaliada no seguimento da reestruturação do serviço		2025
	Existência de conflito de interesses que ponham em causa a transparência dos procedimentos				55 Segregar funções e responsabilidades das operações	SCL	Considerando o quadro de pessoal, procura-se que assum seja		
		Baixa	Alto	Moderado	56 Subscrição de declarações de inexistência de conflitos de interesse relativamente a cada procedimento confiado no âmbito das funções e no qual tenha influência;	SCL			
					57 Utilização das plataformas eletrónicas de modo a garantir a transparência nos procedimentos de contratação pública;	SCL			
					58 Privilegiar o recurso a procedimentos concorrenciais em detrimento de consulta prévia e do ajuste direto;	SCL	tem-se adotado com cada vez maior regularidade o recurso ao procedimento de concurso público		
	Cedimento de encargos pouco claros, incompletos ou discriminatórios				59 Nos casos de recurso à consulta prévia ou ao ajuste direto, adotar procedimentos de controlo que assegurem o cumprimento dos limites à formulação de convites às mesmas entidades;	SCL	Sempre que possível, embora, no que respeita a material de consumo clínico, atendendo muitas vezes a necessidades imediatas, não seja exequível		
					60 Validação pela comissão técnica de análise das cláusulas técnicas e de cadernos de encargos (sempre que existam comissões designadas);	SCL			
					61 Implementação de sistema de controlo interno que garanta que as cláusulas técnicas fixadas no caderno de encargos sejam claras, completas e não discriminatórias (sem especificação de marcas ou denominações comerciais);	SCL	As especificações técnicas são sempre definidas pelos serviços utilizadores		
		Baixa	Alto	Moderado	62 Definição de objetivos de compras ambiciosos que obriguem a uma atuação pró-ativa e que promovam a concorrência e a procura e contratação das melhores propostas do mercado, a cada momento;	SCL			
					63 Existência de parecer jurídico sobre a conformidade legal e administrativa de cada processo de contratação pública;	SCL			
					64 Monitorização do cumprimento contratual, pelos responsáveis dos Serviços das respetivas áreas;	SCL, Gestores	Exatidão relativamente a aferição dessa monitorização, por parte dos gestores de área/contrato		2026

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Resposta	Implementação Medida/Monitorização	Grau de Risco	Prazo de Encerramento
Compras	29 Inadequada gestão dos contratos	Média	Médio	Moderado	65 Nomeação do gestor do contrato nos termos do CCP.	SCL			
					66 Assegurar que o gestor do contrato é possuidor de conhecimentos técnicos que o capacitem para o acompanhamento permanente da execução do contrato e para o cabal cumprimento das demais obrigações decorrentes da lei.	SCL	Seria pertinente formação para os gestores do contrato nesse âmbito		2026
					67 O gestor do contrato comunica ao CA os desvios, falhas ou outras anomalias na execução do contrato de modo a ser possível acionar as devidas penalizações.	CA			2026
					68 Assegurar formação para os profissionais envolvidos nos processos de contratação pública.	SCL CF	Necessidade de promoção de formações específicas		2026
					69 Não designar os mesmos elementos, de forma reiterada, para os júris dos concursos.	SCL	Sempre que possível é promovida a rotatividade		
					70 Segregação de funções com delegação de competências (quem elabora o processo administrativo é um funcionário do SCL, o júri emiti o parecer técnico e propõe ao CA a adjudicação).	SCL			
					71 Definir a delimitar, dentro do possível, as funções e tarefas dos colaboradores do SCL, de modo a evitar a sua participação em mais do que uma fase do mesmo procedimento.	SCL			
					72 Proceder, dentro do possível, à rotação periódica do pessoal da área de compras, procurando evitar a participação sistemática dos mesmos colaboradores nos procedimentos de contratação.	SCL			
					73 Os funcionários procederam à assinatura da declaração de inexistência de incompatibilidades e comprometeram-se a comunicar qualquer alteração ou situação pontual de impedimento que se verifique em qualquer momento.	SCL	Foi implementada uma declaração de conflito de interesses conforme definido no n.º 2 do artigo 13.º do RGPC.		
					74 Ampla divulgação do regime de impedimentos.	SCL	Encontra-se prevista uma formação no âmbito do RGPC		2.º semestre 2025
30 Contínuo entre os adjudicatários e os funcionários, passagem de informação privilegiada		Baixa	Médio	Baixo	75 Sensibilização dos colaboradores sobre a temática da corrupção e infrações conexas.	SCL, RCN	Encontra-se prevista uma formação no âmbito do RGPC		2.º semestre 2025
					76 Implementação de controlo de montantes bens adjudicatários em ajustes diretos.	SCL			
					77 Fundamentar devidamente a escolha de qualquer dos procedimentos da contratação pública. Dar cumprimento estrito das disposições legais relativas à aquisição e locação de bens móveis e serviços, nos termos previstos no CCP.	SCL			
					78 Utilização da plataforma eletrónica e de sua lista de fornecedores como referência.	SCL			
					79 Integração de todas as apresentações espontâneas de fornecedores numa base de dados geridas pelo SCL.	SCL	As apresentações espontâneas são encaminhadas para os colaboradores dos respetivos setores no sentido de serem consideradas em futuros procedimentos		
					80 Exigência de entrega de uma declaração de impedimento sob a forma escrita e apensa ao procedimento em causa, dos colaboradores que integram o júri da contratação.	SCL			
31 Favorecimento ilícito de fornecedores		Baixa	Médio	Baixo					

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medida/Monitorização	Gravidade da Medida	Prazo de Execução
Compras					81 A participação do SCL nos júris de procedimento, por questões técnicas de funcionamento da plataforma eletrónica.	SCL		✓	
					82 Promoção da rotatividade dos elementos que compõem os júris de procedimento, o júri a designado procedimento a procedimento e tem composição distinta consoante o objeto do procedimento.	SCL	Sempre que possível é efetuada a rotatividade.	✓	
					83 Segregação das funções no que se refere à consulta ao mercado, pedidos de compra e gestão de dados mestre da fornecedores.	SCL	Sempre que possível a segregação de funções é efetuada	✓	
					84 Promover a centralização de aquisição de bens e serviços e empreitadas.	SCL		✓	
					85 Subscrição da plataforma eletrónica de compras públicas, que permitirá acesso a um alargado número de fornecedores.	SCL		✓	
				Baixo	86 Atualização regular dos dados mestre dos fornecedores.	SCL		✓	
	32 Dados mestre de fornecedores em falta, incorretos, desatualizados e/ou sem informação qualificativa.	Baixa	Baixo	Baixo				✓	
	33 Rotura/ falta no fornecimento de um determinado fornecedor	Baixa	Alto	Moderado				✓	
	34 Elevada dependência de um determinado fornecedor.	Média	Alto	Elevado				✓	
	35 Pedidos de compra sem resposta atempada e/ou sem informação pertinente e necessária.	Média	Médio	Moderado				✓	
Empreitada Obras Públicas (EOP) • Contratos de Manutenção					88 Monitorizar as adjudicações efetuadas por fornecedores e respetivos valores.	SCL		✓	
					89 Sensibilização dos requeristas para a necessidade de planificar e elaborar no planeamento das compras, através de uma correta identificação dos bens necessários.	SCL		✓	
					90 Todos os investimentos devem estar previstos no plano de investimentos da instituição e os mesmos serem autorizados pelo Conselho Administração.	SCL, CA, SIE	Atualmente é efetuado um levantamento das necessidades de investimento para elaboração do plano	✓	
	36 EOP não contemplada no plano de investimentos da instituição	Média	Médio	Moderado	91 Plano de investimentos aprovado	SCL, CA, SIE		✓	
					92 Todas as aquisições e obras extra plano são fundamentadas e obedecem aos requisitos legais em matéria de realização de investimento	SCL, CA, SIE		✓	
	37 Conflito entre empresa de fiscalização e empreiteiro	Média	Médio	Moderado	93 Oatenação no início de cada obra de uma declaração de conflito de interesses/impedimento por parte da equipa de fiscalização, sob a forma escrita e apensa ao procedimento.	SCL, SIE		✓	
					94 Definição de um interlocutor da ULS RA para a monitorização/supervisão do contrato, caso estejam em causa empreitadas;	SCL, SIE		✓	
	38 Má gestão do prazo de garantia das empreitadas e dos equipamentos	Média	Médio	Moderado	95 Indicação de um interlocutor do serviço/departamento junto do SCL para monitorização/supervisão do contrato	SCL, SIE		✓	
					96 Redação contratual estabelecida com base em diversos graus de penalização associados ao incumprimento.	SCL, SIE		✓	
					97 Apresentação de caução em conformidade com o disposto na legislação.	SCL, SIE		✓	

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Classificação de Risco	Prazo de Execução
Conferência de Faturas	39 Falta de acuidade na conferência de faturas	Média	Médio	Moderado	Elaboração de procedimento interno contemplando mecanismos que garantam a certificação da qualidade dos serviços prestados (indicação na fatura de que o bem/serviço foi efetivamente entregue/realizado e identificação legível do colaborador responsável pela validação)	SCL, SF	Existe um circuito definido mas não existe um procedimento escrito	Amarelo	2026
					Segregação de funções;	SCL, SF	Em alguns setores, está implementado	Amarelo	2026
					Verificação, por amostragem, da conformidade dos registos com os documentos suporte;	SCL, SF	A implementar	Amarelo	2026
					Monitorização de circuitos documentais e procedimentos de conferência e de controlo da faturação que permitam o seu rápido registo e reconhecimento contabilístico e cruzamento com as notas de encomenda emitidas. Utilização de conta "faturas em receção e conferência"	SCL, SF	Esta medida será avaliada no seguimento da reestruturação do serviço	Verde	2025
					Elaboração de um procedimento que defina o circuito da fatura	SCL, SF		Verde	2026
40 Faturas reconhecidas não registadas		Média	Médio	Moderado	Monitorização trimestral das notas de encomenda emitidas insatisfeitas.	SCL, SF	Esta medida será avaliada no seguimento da reestruturação do serviço	Verde	2026
					Elaborar o registo de faturas em receção e conferência ou efetuar o registo das faturas atempadamente, cumprindo os prazos definidos pelos Serviços Financeiros.	SCL, SF	Promover, em conjunto com os SF de um circuito que garanta o registo atempado das faturas	Verde	2.º semestre 2025
					Elaboração de Regulamento de Gestão do Património;	SCL, GEC	Dependente da desagregação da área das compras e da logística	Amarelo	2026
					Controlo dos equipamentos afetos a cada centro de custo, através da responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda;	SCL, GEC		Verde	
					Restrição do acesso aos locais de armazenamento e guarda de equipamentos e pessoal autorizado.	SCL	O SCL não tem um espaço afeto ao armazenamento de equipamentos. Situação a avaliar com a desagregação do serviço	Amarelo	2026
41 Inadequada organização de função		Média	Médio	Moderado	Implementação de uma política de controlo geral de acessos.	SCL	Situação a avaliar com a desagregação do serviço	Verde	2026
					Salvaguardar uma adequada segregação de funções.	SCL		Verde	
					Divulgação dos normativos e procedimentos de controlo interno para a área de imobilizado (requisição, etiquetagem, abate, transferência, amortizações, reavaliações, inventariação), de modo a permitir que os colaboradores conheçam os procedimentos.	SCL	Dependente da desagregação da área das compras e da logística	Verde	2026
					Assegurar que as encomendas são rececionadas pelos serviços com competência para tal, e conferidos em quantidade e qualidade, com a respetiva etiquetagem, de acordo com os procedimentos estabelecidos.	SCL		Verde	
					Assegurar que todos os bens rececionados são registados no sistema de informação de imobilizado e a respetiva ficha de "cadastro" é corretamente preenchida e mantida atualizada.	SCL		Verde	
42 Bens não inventariados		Média	Médio	Moderado	Promover a reconciliação periódica de informação existente no cadastro e os bens físicos	SCL, GEC	Promover internamente este procedimento	Verde	2026

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Indicadores	Implementação Medidas/Monitorização	Gravidade	Prazo de Execução	
Gestão do Imobilizado	43	Alvos desviados por trabalhadores ou terceiros	Média	Médio	Moderado	114	Reforço das medidas de controlo interno dos bens de imobilizado	SCL, GEC	Promover, em conjunto com o GEC, de procedimentos escritos para a inventariação e registo do imobilizado	2026
						115	Responsabilização dos serviços pelos equipamentos que têm à sua guarda.	SCL		
						116	Proceder à etiquetagem de todos os bens, devendo utilizar-se a técnica apropriada ao tipo do bem em causa e seu uso, para que seja salvaguardada a sua permanente identificação	SCL		
						117	Conferências físicas periódicas.	SCL	Promover, em conjunto com o GEC, procedimentos de controlo físico dos bens	2026
	44	Falta de conhecimento do responsável do serviço dos bens e equipamentos sob a sua responsabilidade	Média	Médio	Moderado	118	Emitir faturas de carga atualizadas, por sala e serviço e que das mesmas seja dado conhecimento ao respetivo responsável, como forma de responsabilização pelo equipamento posto à sua disposição.	SCL, GEC	Promover esta implementação em conjunto com o GEC	2025
	45	Doações à Instituição sem processo final de aceitação e não inventariação	Baixa	Baixo	Baixo	119	Aprovação pelo CA das doações/ofertas.	SCL, SF		
						120	Elaboração e implementação de procedimento interno para aceitação de doações/ofertas.	SCL, SF, GEC	Proceder à revisão do procedimentos em conjunto com o GEC e SF	2026
	46	Ativos não aprovados; Ativos não registados ou registados por valores errados.	Baixa	Médio	Moderado	121	Os ativos devem ser solicitados pelo responsável da respetiva área, de acordo com o manual de procedimentos, e aprovados pelo CA.	SCL, GEC	Proceder à revisão do procedimentos em conjunto com o GEC e SF	2026
						122	Verificar que a informação constante dos documentos de ativo foi corretamente registada no cadastro de imobilizado e na contabilidade	SCL, SF, GEC		
	47	Existência de bens fisicamente abastidos que ainda constam do inventário	Média	Médio	Moderado	123	Melhorar a articulação entre serviços para que os ativos físicos dos bens sejam imediatamente repatriados em termos de cadastro e inventário.	SCL, GEC	Proceder à revisão do procedimentos em conjunto com o GEC e SF, no sentido de melhorar esta articulação	2026
						124	Solicitar, anualmente, confirmação do bens à responsabilidade de cada serviço e verificar diferenças as reportadas.	SCL, GEC	Promover esta controlo em conjunto com o GEC	2026
	48	Transferências de local não registadas oportunamente	Alta	Médio	Elevado	125	Corrigir as informações constantes das fichas de inventário e proceder à realização de inventários físicos localizados e de base regular.	SCL, GEC	Promover esta controlo em conjunto com o GEC	2026
						126	Proceder para que a manutenção ou transferência de bens seja feita e corretamente registada no respetivo cadastro.	SCL, GEC	Rever e atualizar os procedimentos existentes	2026
49	Inadequada gestão de seguros	Média	Médio	Moderado	127	Elaboração e divulgação de procedimento interno de transferência de equipamentos entre serviços.	SCL, GEC			2026
50	Incorreta contabilização/classificação da rubrica "trabalhos para a própria empresa"	Baixa	Baixo	Baixo	128	Gerir a carteira de seguros da ULISA no que respeita à adequada cobertura de riscos.	GEC			
51	Bens inventariados sem registo contabilístico	Baixa	Baixo	Baixo	129	As obras executadas pelos funcionários da Instituição são controladas através de ficha de obra e registo informático das horas e produtos fornecidos.	SCL, SIE			
52	Amortizações não registadas e contabilizadas oportunamente	Baixa	Baixo	Baixo	130	Promover e implementar procedimentos de conciliação e verificação dos bens inventariados com a informação contabilística	SCL, SF			
		Alta	Médio	Elevado	131	Calcular e contabilizar mensalmente as amortizações de bens de imobilizado.	SCL, SF			
53	Falta na rastreabilidade dos ativos tangíveis	Média	Médio	Moderado	132	Movimentos de ativos tangíveis (realização ou transferência) entre unidades ou serviços autorizados.	SCL, GEC			
					133	Responsabilização e obrigatoriedade de comunicação periódica das alterações ao cadastro.	SCL, GEC			

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Gestão Hoteleira e Ambiente (SGHA)

Serviço de Gestão Hoteleira e Ambiente									
Sub-Área de Risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Métodos Preventivos	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Execução	Prazo de Execução
Organização do Serviço	1				1 Promover a existência de regulamento interno dos serviços.	SGHA	A reter o existente que está desatualizado		2026
		Média	Alto	Elevado	2 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes nos serviços.	SGHA	As funções estão definidas embora não em documento aprovado de delimitação de funções, a exceção das funções da equipa de menajeiros		2026
	2				3 Analisar periodicamente o quadro de pessoal em conta o volume de atividade efetuada e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	SGHA	É efetuado, mas há necessidade de reforçar a equipa com pessoal técnico.		2º Semestre de 2025
		Média	Alto	Elevado	4 Necessidade de reforçar a equipa com pessoal	SGHA			
					5 Participar em ações de formação para melhorar o desempenho profissional.	SGHA	Anualmente é solicitada a participação em formação		
		Média	Alto	Elevado	6 Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.	SGHA	Existem procedimentos no entanto necessitam ser revistos e atualizados.		2026
Alimentação	3				7 Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	SGHA, CA, SGOSD	Garantir que as novas revisões sejam devidamente homologadas		2026
	4				8 Definição de forma clara e precisa das cláusulas técnicas no caderno de encargos.	SGHA	É atualizado		
		Baixa	Alto	Moderado	9 Implementação de um sistema de controlo interno de forma a validar o cumprimento de prestação de serviços, nomeadamente em relação a horários de recolha e entrega de alimentação, bem como existência de penalidades em caso de incumprimento atenuando dos serviços	SGHA	É efetuado		
	5				10 Elaboração de procedimento que defina, em todas as fases do processo, funções e responsabilidades dos intervenientes, desde a prescrição, confeção e distribuição.	SGHA	A elaborar, embora exista documentação que defina estas funções, sendo a prescrição médica, enfermagem, confeção por parte da empresa adjudicatária e a distribuição pelas copas, sendo da responsabilidade do serviço verificar que a refeição prescrita é e devidamente fornecida (Projeto refeição certa ao doente certo)		2026
		Baixa	Alto	Moderado	11 Acompanhamento efetuado por pessoa qualificada na avaliação das necessidades alimentares dos doentes (rastrear risco nutricional).	SGHA	serviço alimentação e dietética		
	6				12 Promover a implementação da identificação das dietas dos doentes, através de etiqueta individual emitida a partir do Clínico.	SGHA	É efetuado a cada refeição com a identificação do doente / caria e dieta atribuída através do GHAF		
		Média	Médio	Moderado	13 Promover auditorias periódicas, no âmbito da higiene e segurança alimentares, nas copas dos Serviços de internamento	SGHA	São efetuadas diariamente auditorias aos serviços, numa escala definida para verificação da refeição certa ao doente certo. Nos serviços não há copas de doentes (só na Pediatría), as existentes são para profissionais.		
7					14 Promover auditorias periódicas de HACCP	SGHA	Necessária intervenção na Cozinha de Esmerge. Necessária melhoria das instalações da Avario		2026

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Gravidade	Prazo de Execução	
Alimentação	Inexistência de controlo de custos das refeições	Baixa	Alto	Moderado	14	Avaliação dos custos previstos para as refeições de um dado período e os custos efetivamente suportados durante o mesmo período	SGHA	É efetuado Controlo mensal com a validação da faturação	🟡	2026
					15	Promover medidas para redução dos custos (calibragem regular dos equipamentos de medição e pesagem; controlo regular do desperdício alimentar das refeições servidas aos doentes nos serviços de ação médica; distribuição centralizada das refeições etc.)	SGHA	É efetuada monitorização	🟢	
					16	Controlo das refeições caducas e profissionais e acompanhantes de doentes (controlo regular do desperdício alimentar/reserva antecipada das refeições)	SGHA	É efetuada monitorização	🟢	
					17	Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas e legais no caderno de encargos.	SGHA	Está definido em caderno de encargos	🟢	
Bar/Cafeteria e Vending Machine	Inexistência no caderno de encargos das especificações técnicas e legais atualizadas; necessárias para a prestação de serviços de vending	Baixa	Alto	Moderado	18	Submissão prévia, para validação técnica, das fichas técnicas dos produtos alimentares	SGHA	É efetuado no início da prestação de serviço e sempre que é introduzido novo bem alimentar	🟢	
					19	Realização regular de auditorias para verificação do cumprimento da legislação em vigor.	SGHA	São efetuadas regularmente pelo Serviço de Nutrição e Alimentação	🟢	
	Inexistência no caderno de encargos das especificações técnicas necessárias para a prestação de serviços de lavagem e tratamento da roupa hospitalar	Baixa	Alto	Moderado	20	Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas nos cadernos de encargos.	SGHA	Está caderno de encargos com as cláusulas da Monitorização das cláusulas técnicas.	🟢	
12	A faturação pode aumentar em função do peso da roupa limpa no caso de aumento de doentes	Média	Médio	Moderado	21	Implementação de um sistema de controlo dos pesos. Pesagem de roupa sempre que exista introdução de nova roupa no circuito	SGHA	Diariamente é efetuado o controlo da entrada de roupa lavada do SUCH e controlo dos níveis por serviço	🟢	
13	A faturação pode aumentar em função do nº de peças de roupa limpa no caso de aumento de rotação de profissionais	Média	Médio	Moderado	22	Implementação de um sistema contínuo de controlem de peças rececionadas,	SGHA	Já foi solicitada a implementação de armários dispensadores de fardas com controlo por nº mecanográfico. Iniciado processo com fornecimento do BO	🟡	2º Semestre de 2025
Lavagem e Tratamento de Roupa	Risco na gestão de stocks (rouparia)	Média	Médio	Moderado	23	Elaboração do procedimento para distribuição e tratamento de roupa que define funções (responsabilidades, em todas as fases do processo)	SGHA	É efetuado	🟢	
					24	Registo mensal de fatura (em anexo ao BO)	SGHA	É efetuado	🟢	
					25	Envio mensal desse registo informático (mensa) para o Serviço de Acreditamento (conferência de faturas).	SGHA	É efetuado	🟢	
					26	Aquisição de fardamento para todos os profissionais da ULIS RS com chip de modo a monitorizar a utilização do mesmo	SGHA	Foi solicitada a implementação de armários dispensadores de fardas com controlo por nº mecanográfico e a aquisição de fardamento adequado	🟡	2º Semestre de 2025
16	Inexistência de inventário de toda a roupa hospitalar	Baixa	Médio	Baixo	27	Evidenciar as diferenças/faltas (que não sejam imputáveis a avarias)	SGHA	É efetuado anualmente com o SUCH	🟢	
					28	Implementação de um sistema de controlo interno de forma a validar o cumprimento da prestação de serviços, nomeadamente em relação a horários de recolha e entrega de roupa, bem como existência de penalidades em caso de incumprimento atempado dos serviços.	SGHA	É recuperada a roupa em lares, funerárias e unidades de continuados	🟢	
18	Diminuição de recursos humanos disponibilizados pelo prestador de serviços, de forma a aumentar a rentabilidade do contrato.	Média	Médio	Moderado	29		SGHA	Os recursos humanos contratados estão atentos às necessidades existentes. A falta de 1 elemento tem consequências graves no funcionamento do serviço	🟢	

Sub-área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Índice	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Exatidão	Prazo de Execução
Limpeza hospitalar	17 Inexistência no caderno de encargos das especificações técnicas necessárias para a prestação de serviços de higiene e limpeza	Baixa	Alto	Moderado	30 Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas nos cadernos de encargos	SGHA	Existe caderno de encargos com as cláusulas de prestação do serviço. Monitorização das cláusulas técnicas	✓	
	18 Diminuição da qualidade do serviço prestado pela empresa contratada	Média	Médio	Moderado	31 Definir responsáveis pelo controlo e avaliação da qualidade da prestação dos serviços de limpeza (acompanhamento da execução do caderno de encargos).	SGHA	Monitorização do serviço prestado.	✓	
					32 Elaboração de procedimentos internos para facilitar a execução e operacionalização de algumas tarefas. Mensalmente os serviços devem preencher e remeter ao SGHA um formulário de assiduidade onde consta a avaliação dos serviços prestados.	SGHA	Em revisão	✓	2026
					33 ao SGHA um formulário de assiduidade onde consta a avaliação dos serviços prestados.	SGHA	Monitorização do serviço prestado	✓	
Segurança e Vigilância	19 Riscos associados ao controlo de infeção, tempos de internamento, internamento, monitorização em termos de horas e níveis de limpeza, como consequência para a imagem, controlo e na faturação	Média	Médio	Moderado	34 Realização de formações de higiene e limpeza e controlo de infeção.	SGHA	Dada em 2024 e prevista para 2025	✓	
					35 Aterres de registos clínicos elaborar mapas de controlo e monitorização mensais, de forma a validar, quer a imputação aos Centros de custo corretos, quer do valor a ser faturado pela empresa prestadora de serviços.	SGHA	Em avaliação	✓	2026
					36 Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas nos cadernos de encargos.	SGHA	Existe caderno de encargos com as cláusulas de prestação do serviço. Monitorização das cláusulas técnicas.	✓	
					37 Definir responsáveis pelo controlo e avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos trabalhadores da empresa contratada.	SGHA	Monitorização do serviço prestado	✓	
	20 Inexistência de avaliação de qualidade dos serviços prestados pela empresa contratada	Baixa	Alto	Moderado	38 Promover procedimentos escritos de controlo de acesso às instalações, nomeadamente quanto à presença de terceiros.	SGHA	Monitorização do serviço prestado	✓	
					39 Promover procedimentos escritos de controlo de acesso às instalações, nomeadamente quanto à presença de terceiros.	SGHA	Implementação de controlo de acessos em todos os pisos / portas - finalizado na obstetrícia, Pediatra e Psiquiatria. restantes serviços aguardam sistema gestão visitas	✓	2026
Comunicações fixas e móveis	21 Acesso indevido às instalações	Média	Médio	Moderado	40 Atualização e controlo de cartões, crachás ou outros elementos de identificação	SGHA, GC	Tem sido efetuado	✓	
					41 Restrições físicas ou controlo de acessos a equipamentos e instalações	SGHA	Efetuado pelos segurantes	✓	
					42 implementação de um sistema de acesso ou segurança das instalações por CCTV (closed-circuit television)	SGHA	Aguardar proposta global. Parcialmente implementado	✓	2026
					43 Identificação de visitantes	SGHA	Implementado com o Serviço Informativo	✓	
	22 Inexistência no caderno de encargos das especificações técnicas e legais atualizadas, necessárias para a prestação de serviços	Média	Médio	Moderado	44 Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas e legais no caderno de encargos para vários tipos de comunicações	SGHA	Está definido em caderno de encargos para todos os valências das comunicações	✓	
					45 Promover medidas para redução dos custos (afetição de plátos, desativação de rños sem utilização)	SGHA	Análisa mensal da faturação e ajuda de plátos nas comunicações móveis. O mesmo procedimento será implementado para as comunicações fixas.	✓	
Comunicações fixas e móveis	24 Existência de controlo de custos	Média	Médio	Moderado	46 Controlo da faturação (controlo regular dos extras assessorados aos hospitais)	SGHA	É feito mensalmente	✓	

Sub-Área de risco	Riscos identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação das Medidas Preventivas	Gravidade Estimada	Prazo Estimado
Frota Automóvel	25 Inexistência de procedimentos que garantem uma adequada gestão de frota automóvel	Baixa	Médio	Baixo	47 Definir regras/procedimentos que garantam uma adequada gestão de frota automóvel	SGHA	Foi solicitada aquisição de sistema de gestão de frota para melhorar rotas	✓	
					48 Implementar e gerir a Plataforma de Gestão Parafreçada da Frota do Ministério da Saúde (Despacho nº 5985/2017 de 04/07)	SGHA	Está implementada e é atualizada mensalmente	✓	
	26 Inexistência de registos de informação relativa aos veículos (quilómetros, manutenções, consumos de combustível, custos de manutenção de frota, entre outros)	Baixa	Médio	Baixo	49 Manter registo centralizado e permanentemente atualizado com informação diária e individual de cada veículo (identificação do condutor, quilómetros percorridos, datas e custos de manutenção, consumos de combustível, paragens, datas de inspeção obrigatórias, entre outros), de modo a fornecer indicadores para uma melhor gestão, controlo e	SGHA	Rever os procedimentos em vigor	⚠	2026
	27 Valores dispendidos na manutenção serem excessivos face à proporção de frota	Baixa	Médio	Baixo	50 Avaliação da continuidade do valor de uso da viatura por comparação com o valor das reparações.	SGHA	Rever os procedimentos em vigor	⚠	2026
Casa Mortuária	28 Inexistência de registo de ocorrências no âmbito da utilização dos veículos	Baixa	Médio	Baixo	51 Manter um registo de ocorrências no âmbito da utilização dos veículos (sinistros, infrações associadas à utilização ou outros incidentes).	SGHA	Rever os procedimentos em vigor	⚠	2026
	29 Fugas de informação de óbitos para funerários	Média	Alto	Elevado	52 Segregação de Funções (a informação do óbito é prestada à família pelos profissionais dos serviços onde ocorre). Elaboração do procedimento.	SGHA	A segregação de funções existe e os AO's da Casa Mortuária têm conhecimento do mesmo. Revisão do procedimento em vigor	⚠	2ª Semestre de 2025
	30 Acesso indevido à Casa Mortuária	Média	Médio	Moderado	53 Medidas de acesso a pessoas estranhas ao serviço.	SGHA		⚠	2026
					54 Implementar e monitorizar as medidas adotadas e publicadas em normas de procedimento	SGHA	Em avaliação	⚠	2026
Jardins					55 Colocação de câmaras de vigilância.	SGHA, EPT		⚠	2026
	31 Omitir dados pelos egaristas funerários e/ou familiares por troca de favores (ex.: vestir cadáveres, informação privilegiada para realizar os serviços)	Baixa	Alto	Moderado	56 Todo o processo de recolha, preparação e entrega dos cadáveres aos egaristas funerários, é executado pelos trabalhadores de Casa Mortuária	SGHA	Existe procedimento de preparação de cadáveres nos serviços clínicos. A agência funerária levanta os corpos como vêm dos serviços. O AO apenas verifica a documentação e a entrega do corpo.	⚠	
					57 Omissão e cumprimento do Código de Conduta da U.S. RA	SGHA	O Código de Conduta encontra-se publicado na Internet e no site institucional. Foi ainda divulgado no Boletim Interno, o qual é enviado por email para todos os colaboradores.	⚠	
	32 Inexistência no caderno de encargos das especificações técnicas necessárias para a prestação de serviços de jardins e espaços verdes.	Baixa	Alto	Moderado	58 Definição de forma clara e precisa das cláusulas técnicas nos cadernos de encargos.	SGHA	Está definido em caderno de encargos as especificações técnicas do trabalho a contratar	⚠	
Gestão do Parque	33 Diminuição de recursos humanos disponibilizados pelo prestador de serviços, de forma a cumprir a rentabilidade do contrato.	Baixa	Baixo	Baixo	59 Os jardins tem um horário específico para a execução das suas funções.	SGHA	São controlados os dias previstos de contrato através da distribuição das tarefas e conferência com folha de obra	⚠	
	34 Inexistência de um regulamento interno para o Parque de Estacionamento	Baixa	Alto	Moderado	60 Implementação do sistema de registo para os jardineiros.	SGHA	Existe um regulamento de utilização do parque	⚠	
	35 Inexistência de sinalética vertical e horizontal que permita a situação de P.S.P / cumprimento do regulamento interno	Alta	Médio	Elevado	61 Promover a existência de um regulamento para o parque de estacionamento.	SGHA	Em curso	⚠	2ª Semestre de 2025

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Severidade	Medidas Preventivas	Unidade Responsável	Implementação Medidas	Monitorização	Unidade Executiva	Prazo de Execução
Gestão do Parque										
Transporte de documentação e valores										
Resíduos Hospitalares										
Segurança contra Incêndio										

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Gravidade Estimada	Período de Estimativa
Segurança no trabalho	Existência de condições de segurança no trabalho	Baixa	Alto	Moderado	78 Desenvolvimento de Plano anual de intervenção na área da segurança e no trabalho e respetivo Plano de Execução	SGHA, GGR	A atuação é muito preventiva na definição das características dos equipamentos e condições a verificar nos locais de trabalho.	●	
					79 Garantir formação dos colaboradores na área da segurança e higiene no trabalho.	SGHA, GGR	É incluída no plano de formação da ULSPA	●	
					80 Promover e sensibilizar os colaboradores para a importância da participação de incidentes no sistema de gestão de riscos RISI	SGHA, GGR	É incluída no plano de formação da ULSPA	●	
					81 Monitorização e reporte das participações efetuadas no sistema de gestão de riscos RISI	SGHA, GGR	Elaborada pelo Gabinete de Gestão do Risco / Risco não Clínico	●	
Rede de Águas prediais	Inexistência do Plano de prevenção Legionela	Média	Alto	Elevado	82 Implementação de plano de prevenção da Legionela	SGHA	Prevê-se implementação da 2ª fase em 2025	●	2º Semestre de 2025
					83 Monitorização da qualidade da água de rede predial	SGHA	Elaborada mensalmente com base na definição dos pontos críticos de controlo. Monitorização de não conformidades e intervenção imediata da correção	●	
					84 Monitorização da qualidade da água residual	SGHA	Elaborada mensalmente avaliação a qualidade da água descarregada	●	
Gestão do Ativo e Manutenção das Instalações e Equipamentos	Montanização das descargas da água no colator	Baixa	Baixo	Baixo	85 Contratos de Seguros multiriscos.	SGHA, SIE, GEC	Em curso	●	2026
					86 Planos de segurança contra incêndios, existências de medidas de autoproteção.	SGHA, SIE, GEC		●	2026
	Mau uso, estado de degradação e segurança dos móveis.	Média	Médio	Moderado	87 Proceder a inspeções periódicas aos espaços, por forma a detetar atempadamente eventuais situações de degradação.	SGHA, SIE, GEC		●	2026
					88 Ocupação de espaços devidamente autorizadas pelo órgão competente da Entidade.	SGHA, SIE, GEC		●	2026
Saúde Ocupacional	Incumprimento da vigilância de saúde dos profissionais.	Baixa	Alto	Moderado	89 Planeamento das atividades de vigilância de saúde dos profissionais, com delimitação das áreas de maior exposição aos riscos profissionais.	GGR, SSOST		●	

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Informática e Análise de Sistemas (SIAS)

Serviço de Informática e Análise de Sistemas									
Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Índice	Medidas Preventivas	Área(s) Responsável	Implementação	Monitorização	Plano de Atualização
Organização do Serviço	1	Organização da função indefinida	Baixa	Médio	Baixo	1 Promover a existência de regulamento interno do serviço. 2 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SIAS, as quais deverão contemplar uma adequada divisão do trabalho. 3 Definir o quadro de pessoal, tendo em conta o sistema de atitudes ativas e o recurso e trabalho extraordinário/ocasional.	SIAS	Em revisão	2º Semestre de 2025
	2	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Baixa	Médio	Moderado	4 Avaliar a necessidade de reforçar ou capacitar a equipa de profissionais do SIAS, mediante uma análise custo-benefício. 5 Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais	SIAS	Em revisão	2º Semestre de 2025
	3	Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Média	Médio	Moderado	6 Promover a implementação política, métodos e procedimentos de boas práticas que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente. 7 Garantir a aprovação, homologação, publicação e rendição dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	SIAS, CA, SQSD	Este circuito é cumprido	2026
	4	Falta na interação entre aplicações	Baixa	Médio	Baixo	8 Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar registos de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existirem	SIAS	Implementado	
	5	Desadequado gestão do parque informático (hardware), quer em número (excedente ou insuficiente) quer em atualização (falta de planeamento)	Baixa	Médio	Baixo	9 Inverificar a atual do parque informático com informação acerca das características dos equipamentos por posto de trabalho. 10 Elaboração de plano anual de necessidades de acordo com o plano de trabalho.	SIAS	Em curso	2026
	6	Falta de controlo dos ativos informáticos	Baixa	Médio	Baixo	11 Desenvolver e implementar os devidos processos de planeamento ao nível das TI, para que todo o investimento seja enquadado e devidamente justificado. 12 Fundamentar os investimentos em TI numa análise custo-benefício e demonstrar que se encontram devidamente enquadrados na estratégia definida a este nível pela a entidade.	SIAS	Plano Estratégico SIAS, em revisão	2026
	7	Falta de controlo dos ativos informáticos	Média	Médio	Moderado	13 Verificar se existe monitorio que identifique de forma clara e completa todos os ativos, localizações, licenças e quais os seus "proprietários". E se existem regras de utilização da informação e dos ativos. 14 Elaboração e implementação do procedimento sobre a inventariação dos bens, identificação da sua localização, bem como a sua atualização permanente.	SIAS, SCL, SF	Plano Estratégico SIAS e recursos, mapas	
	8	Falta de controlo dos ativos informáticos	Baixa	Médio	Baixo	15 Adoção de um sistema de gestão e monitorização de todos os recursos, quer seja por correio eletrónico ou por uma plataforma WEB.	SIAS	Existem ficheiros que documentam todos os ativos e seus graus de criticidade, onde são tem registos de utilização específicos as as respetivas funções	
	9	Falta de aproveitamento de todos as potencialidades dos aplicativos, por manutenção de uma política de atualização em sistemas de informação	Média	Médio	Moderado	16 Assegurar a permanente atualização dos registos das características dos postos de trabalho de UI/SPA, de modo a permitir a gestão operacional e rentabilização dos sistemas de informação através da atualização da base de dados de todos os postos de trabalho com os respetivos softwares existentes, dados de atualizações, etc. 17 Promover a utilização dos aplicativos no seu máximo potencial, nomeadamente através da formação dos utilizadores, tendo sempre presentes as necessidades de informação para a gestão.	SIAS, SCL, SF	Inventariação Inc. de Bens	

Sub-Área de risco	Nível de severidade	Probabilidade	Impacto	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grav da Execução	Prazo de Execução
Processos e Procedimentos de Segurança	10	Alta	Alto	Formalização da responsabilidade de segurança. Cada técnico/especialista é responsável pela segurança da sua área de competência.	SIAS	Devido à falta de recursos humanos, esta tarefa ainda se encontra em implementação	🟡	2026
	11	Baixa	Baixo	Estabelecer canal com SIAS/ONCS para reportar incidentes de segurança, no âmbito do Responsável da Notificação Obrigatória (RNO)	SIAS	Existe um canal único de comunicação para as entidades em questão, através do responsável de segurança	🟢	
				Elaborar procedimento para a atribuição de acessos aos utilizadores e implementação de um procedimento que garanta a renovação dos direitos de acesso após a cessação da relação contratual.	SIAS, SRH	Existe documento que salvaguarda a renovação	🟢	
	12	Baixa	Baixo	Sensibilizar as direções de serviço e comunicarem as alterações das funções dos profissionais com periodicidade (devidamente iniciada e automatizada)	SIAS, Gestores	Existe uma regra automática que em caso de alteração nos RH, esta altera a informação na AD	🟢	
				Implementação de um procedimento formal de comunicação para desativação do perfil de acesso.	SIAS	Existe um procedimento automático diário que vai validar as entradas e saídas do software dos RH	🟢	
	13	Baixa	Alto	Garantir que o acesso ao posto de trabalho é realizado através de credenciais de acesso específicas para cada profissional.	SIAS	A informação é inserida no sistema RH, existe uma regra na AD, que atribui as credenciais específicas para cada colaborador	🟢	
				Restrições de acesso à informação de acordo com os perfis	SIAS	Regras automáticas na AD	🟢	
				Implementação de um procedimento para controlo de acessos.	SIAS	Regras automáticas na AD	🟢	
				Ligação atualizada com as ligações seguras através de VPN.	SIAS	Ativação de gestão de VPN - FortiClient FAD	🟢	
				Monitorização dos níveis de acesso às aplicações informáticas.	SIAS	Existe implementação de AD	🟢	
				Implementação de sistemas de controlo e rastreabilidade dos acessos	SIAS	Atérvs da informação, nos meios de comunicação internos	🟢	
	14	Baixa	Alto	Implementação de programas de sensibilização e da responsabilização dos utilizadores para proteção das credenciais de autenticação, elaborando para o efeito um procedimento interno.	SIAS	Existe implementação de AD	🟢	
	15	Baixa	Baixo	Implementar um controlo na utilização de software de administração dos sistemas	SIAS		🟢	
	16	Média	Alto	Implementação de uma política para utilização de conteúdos criptográficos para proteção da informação. Servidores em ambiente segregado (protegido por Firewall e VLANs)	SIAS	IT Utilização Sistemas, PENS - Use de Utilizadores, Implementação do duplo fator de autenticação, VPN e acesso à gestão de UTM.	🟢	
	17	Baixa	Alto	Perda de informação, por falta ou ineficácia de procedimentos para salvaguarda e recuperação de dados, potenciando falhas nos planos de recuperação ou a resposta a incidentes.	SIAS	Fase final de Conclusão	🟡	2º Semestre de 2025
				Realização de testes periódicos de recuperação dos backups	SIAS	Exatidão no relatório Hinas	🟡	2º Semestre de 2025
				Implementação de solução de backups automatizada e com validação regular	SIAS	Backups realizados, validados no relatório Hinas	🟡	2º Semestre de 2025
				Cozer anterior de restauração periódica de backups de segurança e de os mesmos são guardados em local isolado, designando para o armazenamento com qualificação técnica adequada do serviço de informação	SIAS	Existem prazos de retenção definidos entre 7 a 30 dias conforme a natureza dos fornecedores	🟡	2º Semestre de 2025
				Manter atualizado um manual de procedimentos que abarque todos as áreas relacionadas com os sistemas e técnicas de informação e comunicação, apresentando com as políticas de segurança e salvaguarda	SIAS	Em revisão	🟡	2º Semestre de 2025
18	Baixa	Alto	Moderado	Manter atualizada uma política de segurança e implementar um plano de segurança ao nível dos sistemas e tecnologias de informação, devidamente estruturado e pormenorizado, nomeadamente através da definição dos procedimentos e acordar nas situações de risco devidamente identificadas.	SIAS	Implementado Normas, regras e procedimentos devidamente estruturados dos recursos e de como proceder em caso de falha.	🟢	

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Ones de Realização	Prazo de Execução
Processos e Procedimentos de Segurança	19 Falência dos Sistemas de Informação, risco de interrupção de serviço contínuo, perda ou adulteração da informação	Baixa	Alto	37 Promover e evidenciar inspeções/manutenções regulares nos sistemas de alimentação, insumos, refrigeração e de extinção de incêndios pelo SIE.	SIAS, SIE	✓	Refundição de todos os circuitos; extinção de incêndios, climatização, energia elétrica, UPS e manutenção de equipamentos em basidor com as manobras dentro dos 15 minutos da validade.
				38 Realização de acesso físico, e pessoal não autorizado, à sala técnica dos servidores e promover mecanismos de controle de acessos	SIAS	✓	Existência de controle de acessos ao Data Center
				39 Elaboração, manutenção e monitorização de um plano de contingência que permita responder a interrupções de serviço.	SIAS	✓	Plano de Contingência aprovado CA.
				40 Elaboração de escalas de intervenção	SIAS	✓	Existência de IT - 24/24
				41 Avaliação da necessidade de restituição do parque de hardware	SIAS	✓	Resposta Hims - Assessment Infraestrutura
				42 Avaliação da infraestrutura de armazenamento de informação, a general do acesso físico ao Data Center. Confirmar se existem mecanismos de controle de acessos físicos ao Data Center, bem como de registro dos acessos realizados. Implementação de medidas de reforço do controle de acesso.	SIAS	✓	Resposta Hims - Assessment Infraestrutura
				43 Identificação das necessidades de formação dos trabalhadores da área, bem como de critérios de segurança de informação por parte de entidades externas. Implementar um sistema de análise e monitorização de logs	SIAS, CF	✓	Política AD, recursos humanos especializados
				44 Implementar um sistema de proteção de registos e logs de atividade contra a adulteração e o acesso não autorizado.	SIAS	✓	Política criada na AD
				45 Rever regularmente as atividades dos administradores do sistema.	SIAS	✓	Política criada na AD
				46 Implementação de um procedimento para controlar a instalação de software nos sistemas de produção	SIAS	✓	Política AD externa e possibilidade de software de forma local
Processos e Procedimentos de Segurança	21 Falha de controlo sobre as aplicações, com risco de acesso e manipulação de dados eventualmente confidenciais - situações de total dependência de fornecedores	Média	Médio	47 Verificar se estão implementados controlos de segurança, prevenção e recuperação para proteger contra códigos maliciosos (p.ex., utilização de anti-vírus atualizados).	SIAS	✓	End-Point, PAN/DA/ Winch Guard
	22 Não deteção ou deteção tardia de incidentes de segurança nos sistemas de informação e rede de comunicação	Baixa	Médio	48 Adequado sistema de inventário que permita implementar uma política de segurança e nível de acesso ao CIBV (VPN's) bem como o nível de segurança (CIBV e Cibersegurança).	SIAS	✓	Fortinet, Fortiguard
	23 Instalação de software não autorizado, permitindo adulteração da informação	Baixa	Médio	49 Promover a existência de sistemas redundantes.	SIAS	✓	Cluster alta disponibilidade, redundância redundâncias críticas
	24 Falhas na proteção contra softwares maliciosos	Baixa	Alto	50 Cumprimento dos normativos legais e orientações técnicas.	SIAS	✓	Implementado, as orientações técnicas legais
	25 Não cumprimento da legislação em vigor relativo às medidas de reforço da Cibersegurança	Baixa	Alto	51 Segregar as redes de dados de acordo com a classificação da informação	SIAS	✓	Política de Classificação de Informação aprovada em CA, 28/10/2023. Em revisão
	26 Exposição de informação sensível através da rede, potenciando impacto na segurança da informação e/ou na integridade dos dados	Média	Médio	52 Implementar uma política procedimento que regulamente a troca de informação através de qualquer meio de comunicação.	SIAS	✓	Política de utilização de software, correio eletrónico e internet.
	27 Falha na comunicação e/ou manipulação de informação transmitida em meios de comunicação inseguros, potenciando quebras de segurança da informação	Baixa	Alto	53 Implementar políticas de proteção e controlo na seleção de dados para troca entre em rede e suas subunidades.	SIAS	✓	Encontra-se em curso e criação de uma política de proteção e controlos
	28 Acesso a informação sensível no ambiente de testes	Baixa	Baixo	54 Definir procedimento e planos de continuidade de negócio, para situações críticas	SIAS	✓	Plano de contingência das infraestruturas críticas, em curso
	29 Exposição indevida, perda ou indisponibilidade da informação e dos sistemas em situação de alta disponibilidade	Baixa	Médio	55 Definir e documentar as ações de resposta a incidentes de segurança	SIAS	✓	Os incidentes são documentados através do template próprio a ser utilizado
	30 Não deteção, comunicação, gestão ou preservação de evidências de incidentes de segurança da informação, potenciando inadequada análise e resposta a incidentes	Média	Alto	56 Implementar um processo de análise das causas dos incidentes e utilização do conhecimento adquirido na prevenção de situações futuras	SIAS	✓	Existe um procedimento de análise de incidentes para analisar eventos futuros
Processos e Procedimentos de Segurança	31 Falta de capacidade de resposta adequada a incidentes disruptivos potenciando impactos negativos na disponibilidade da informação	Baixa	Alto	57 Implementar um procedimento para recolha, tratamento e preservação das evidências que cumpre os requisitos legais no que toca à constituição da prova	SIAS	✓	E elaborado um relatório que se encontra implementado, com o diagnóstico do incidente pormenorizado.
	32 Não cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados	Baixa	Alto	58 O RD não possui redundância que garanta a alta-disponibilidade perante eventos que comprometam a sua integridade física e lógica	SIAS, EPD	✓	Software denominado MyDataManager encontra-se implementado
				59 Adoção de um Programa de Gestão para avaliação e introdução de medidas para a implementação do novo Regulamento Geral de Proteção de Dados	SIAS, EPD	✓	
				60 Formação contínua (reciclagem) adequada sobre Proteção de Dados.	SIAS, EPD, CF	✓	Ações de informação internas, equação do plano de ação do RGPD, implementado

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE)

Sub-Área de risco		Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Serviço de Instalações e Equipamentos		Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Gravidade Execução	Pré-Exatidão
Organização do Serviço	1	Organização da função indefinida	Alta	Médio	Elevado	1	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	SIE	A. Implementar		+	2026
						2	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SIE, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções; Avaliar a necessidade de reforçar ou capacitar a equipa de profissionais do SIE, mediante uma análise de competências.	SIE		Existe mas não se encontram formalmente definidas	+	2026
						3	Promover a contratação de Engenheiro(a) Mecânico/ Especializado para a execução de trabalhos técnicos especializados.	SIE		Esta avaliação é feita e comunicada ao C.A	+	2026
						4	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais	SIE		Já foi pedido ao C.A. aguarda-se a sua contratação	+	2026
						5	Promover a implementação políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.	SIE, CF		As formações frequentadas são de caráter geral. Verifica-se a necessidade de promover formações mais específicas.	+	2026
Manutenção das instalações e Equipamentos	3	Sistema de controlo interno e de gestão de risco desadequado, desatualizado e/ou inexistente.	Média	Médio	Moderado	6	Promover a implementação políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.	SIE		A. Implementar	+	2026
						7	Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	SIE CA, SCOSD		A. Implementar	+	2026
						8	Elaborar procedimentos, atribuir funções e responsabilidades para o controlo das instalações.	SIE		A. Implementar	+	2026
						9	Elaborar e executar planos de manutenção das instalações	SIE		Existem Contratos de manutenção externa que contemplam, planos de manutenção, procedimentos de manutenção, para as seguintes áreas: Geradores, Elevadores, Electricidade (geral e quadros elétricos), Pódo de transformação, Centrais de gases medicinais, Contratos de gás natural, AVAC, entre outros.	+	2026
	4	Não existir planos de manutenção das instalações, aprovados, que garantam as condições adequadas para o normal funcionamento das atividades dos serviços	Baixa	Alto	Moderado	10	Folha de obra devidamente avaliada e conferida pelo Serviço de Instalações e Equipamentos.	SIE		É efetuado	+	2026
						11	Indicadores de manutenção e reparação (taxa de reparação por equipamento, etc.).	SIE		E é efetuado no GNAF	+	2026
						12	Elaborar informação periódica sobre o estado das instalações e apresentar planos de intervenção.	SIE		Considerando que é contratualização externa, cada intervenção é acompanhada de relatório técnico com indicação de necessidades corretivas (se aplicável) e comunicação às entidades competentes (ex. direcção geral de energia)	+	2026
	5	Inexistência de procedimentos que garantam uma adequada gestão dos equipamentos (acompanhamento do seu estado funcional e de segurança, na gestão das ocorrências e na formação e informação associadas à sua utilização correta e segura)	Baixa	Médio	Baixo	13	Exigir aos fornecedores os requisitos necessários para assegurar a eficiência e segurança do equipamento (vide util. informação dos profissionais, serviços técnicos e de manutenção).	SIE		Existem nos contratos de manutenção externa. Quando lançado os concursos, é solicitado identificação de equipe técnica.	+	2026

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Realização	Prazo de Realização
Manutenção das instalações e Equipamentos	6	Inexistência de instalações técnicas especiais adequadas à complexidade das entidades realizadas (sistema de aquecimento, ventilação e ar condicionado - AVAC, instalações elétricas ...)	Baixa	Baixo	14	Definir e aplicar procedimentos necessários para garantir que a instalação dispõe de condições adequadas à realização da sua atividade, em condições de segurança, dotando-se para o efeito de documentação técnico-legal justificativa, avaliações, autorizações ou pareceres por entidades competentes.	SIE	Existe. Há instalações específicas para cada área técnica de intervenção. Na ausência de capacidade interna, solicitada prestação de serviços externos (ex. Medições de qualidade de Ar Interior, etc)	✓
	7	Inexistência de controlo do consumo de electricidade água e fúidos.	Baixa	Baixo	15	Verificar, mensalmente, os consumos de electricidade, da água e dos fúidos, para prevenir exaustões que possam ocorrer devido a fugas.	SIE	Neste momento só há controlo do consumo através das terras entidades. Está em execução a implementação de controlo local (em cada serviço) e nos equipamentos de maior consumo, para a electricidade e água	●
	8	Quebra da segurança elétrica e física	Baixa	Alto	16	Revisão do Plano de Emergência e Calastrofe.	SGHA		●
	9	Inexistência de controlo sobre a quantidade de material utilizado em obras internas	Baixa	Baixo	17	Existência de geradores de emergência.	SIE	Existem 2	✓
	10	Dentro na resposta aos pedidos de assistência/reparação interna da equipamentos	Média	Médio	18	Assegurar apoio técnico	SIE	Apoio técnico dado pelo fornecedor da energia quando há quebra geral de energia elétrica	✓
	11	Inexistência de um sistema de monitorização de Rede de Frio	Média	Moderado	19	Controlo interno através de ficheiro de registo de manutenção ao emazam.	SIE	Elaboração de plano de verificação periódica a executar por equipa interna de electricistas aos geradores (extra contrato externo de manutenção).	✓
	12	Incêndios e inundações.	Média	Alto	20	Controlo interno através de ficheiro de registo de manutenção aos equipamentos.	SIE	Existe. Registrado no software GHAF	✓
	13	Não uso, estado de degradação e segurança das móveis.	Média	Moderado	21	Lesagem atualizada de material em Stock acondicionado nos Oficinas	SIE	Existe. Registrado no software GHAF	✓
	14	Queda de equipamentos	Baixa	Baixo	22	Promover uma maior celeridade na resposta aos pedidos de reparação dos equipamentos, tendo em consideração a respetiva prioridade	SIE	É efetuado sempre que possível	✓
	15	Queda de equipamentos	Baixa	Baixo	23	Após cada intervenção os respetivos serviços devem ser informados/notificados, por exemplo via email, sobre o estado de reparação dos equipamentos.	SIE	É efetuado no glaf	✓
	16	Queda de equipamentos	Baixa	Baixo	24	Elaboração e implementação de um plano de manutenção periódica de todos os equipamentos de rede de frio.	GEC, SGHA		●
	17	Queda de equipamentos	Baixa	Baixo	25	Promover a equitação de frigoríficos/arcaas apropriadas, com sistemas redundantes de refrigeração	GEC, SGHA		●
	18	Queda de equipamentos	Baixa	Baixo	26	Promover a criação de um posto de segurança e a plena implementação do sistema de monitorização automática de monitorização de parâmetros físicos (rede de frio)	GEC, SGHA		●
	19	Queda de equipamentos	Baixa	Baixo	27	Promover um Ensaio de calibração do ISO, por entidade externa certificada, para validação das temperaturas dos equipamentos	GEC, SGHA		●
	20	Queda de equipamentos	Baixa	Baixo	28	Contatos de Seguros multiriscos	GEC, SGHA		●
	21	Queda de equipamentos	Baixa	Baixo	29	Plano de segurança contra incêndios, existências de medidas de autoproteção.	GEC, SGHA		●
	22	Queda de equipamentos	Baixa	Baixo	30	Proceder a inspeções periódicas aos espaços, por forma a identificar antecipadamente eventuais situações de deterioração.	SIE, SGHA	É efetuado sempre que possível	✓
	23	Queda de equipamentos	Baixa	Baixo	31	Ocupação de espaços devidamente autorizados pelo órgão competente da Entidade	SIE, SGHA	É efetuado	✓

Sub-área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Nível de Risco	Prazo de Execução
Empreitada Obras Públicas (EOP) e Contratos de Manutenção	14	Outras desnecessárias ou de baixa qualidade ou investimentos sem viabilidade econômica	Baixa	Médio	Baixo	32	Elaborar procedimento específico para o controle da execução das Empreitadas de Obras Públicas.	SCL	●
						33	Elaborar memória descritiva com identificação dos objetivos, análise custo benefício	SCL	●
		Faltas na fiscalização, nomeadamente: na medição ou no reporte de erros e omissões quando do desenvolvimento da obra e/ou execução deficiente na obra, p.ex. prazo, materiais aplicados, atividades executadas	Baixa	Médio	Baixo	34	Fiscalização concomitante de todos os contratos adicionais elaborados no âmbito de um contrato de empreitadas	SCL	●
	15		Baixa	Médio	Baixo	35	Garantir medidas de controlo que evitem divergências entre autos de medição e a execução real de empreitadas.	SCL	●
						36	Elaboração de documentos (atas, relações) de acompanhamento das empreitadas de obras públicas.	SCL	●
	16	Execução de trabalhos a mais	Baixa	Médio	Baixo	37	Validação pelo Gabinete Jurídico de adequação de minuta contratual.	SCL, SJC	●
						38	Necessidade de fundamentar todos os trabalhos adicionais e o correto enquadramento dos trabalhos a mais, quando estejam em causa melhorias e alterações ao projeto inicial decorrentes da vontade do dono da obra.	SCL	●
	17	Dificuldades no acompanhamento dos prazos de garantias das empreitadas e equipamentos e na execução de penalidades nos contratos de prestação de serviços e empreitadas	Baixa	Médio	Baixo	39	Nomeação de gestor de contrato que comunica ao CA os desvios, defeitos ou outras anomalias na execução do contrato de modo a ser possível acionar as devidas penalizações.	SCL	●
						40	O CA comunica o incumprimento ao Gabinete Jurídico para execução de penalidades previstas no contrato.	SCL, GJC	●
	18	Existência de trabalhos a mais no âmbito das empreitadas, bem como o risco de avançar com a execução dos trabalhos sem prévia autorização do órgão competente	Baixa	Médio	Baixo	41	O SIE procede à verificação da garantia no caso das empreitadas, de que a execução de trabalhos de suprimento de erros e omissões não excede os limites quantitativos estabelecidos na lei.	SCL	●
Centro do Imobilizado						42	Implementação de normas internas que garantam a boa e adequada execução dos contratos por parte dos fornecedores, prestadores de serviços em colaboração com o SIE.	SIE	●
	19	Não conformidade das operações de manutenção contratada com terceiros	Baixa	Médio	Baixo	43	Definição de um plano de manutenção preventiva;	GEC	●
						44	Monitorização das ações de manutenção preventiva por indicador claramente definido ao nível de cada serviço.	GEC	●
	20	Má gestão do prazo de garantia das empreitadas e dos equipamentos	Baixa	Médio	Baixo	45	Acompanhamento e controlo de permanência dos prestadores de serviço nos inspeções de ULS RA.	GEC	●
						46	Elaboração de um auto de recepção definitiva de empreitada de manutenção instalado.	GEC	●
						47	Elaboração de relatório de anomalias por parte dos serviços utilizadores e obtenção de parecer técnico para a análise de cada caso.	GEC	●
	21	Ocorrência de desvios/roubo/furto de Equipamentos	Baixa	Baixo	Baixo	48	Controlo anual dos equipamentos afetos a alguns centros de custo elaboradamente selecionados.	GEC	●
						49	Mecanismos de segurança no acesso e utilização das instalações.	SGHA	●
						50	Responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda	GEC	●
							Planejamento de execução das manutenções introduzidas no GHAF e há controlo da execução dos planos de manutenção.		●
							Existência plano de manutenção preventivo dos CATs.		●
							Cada manutenção executada nos serviços, é solicitada a assinatura de ficha de obra a nível de cada serviço.		●
							Parcial: falta de recursos humanos para o acompanhamento de todos os serviços.		●
							O auto de recepção definitiva é feita pelo SIE.		●
							Reporte de qualquer avaria ou dano é executado no GHAF.		●

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação/Monitorização	Gravidade	Prazo de Execução
Gestão do Imobilizado	22 Não manutenção de bens alienados com eventual apropriação ou utilização indevida de bens públicos.	Baixa	Baixo	51	Aprovação, pelo Conselho de Administração, das orientações	CA, SCL, GEC		5	
				52	Contrato anual dos equipamentos eletros a alguns centros de custo eletronicamente selecionados	SIE, GEC	É efetuado sempre que possível	5	
				53	Existência de um parecer técnico relativo à inoperacionalidade ou obsolescência do bem	SIE, GEC	Existe. Parecer técnico é dado por empresa externa e ou serviços técnicos internos.	5	
	23 Falta de acurácia no estado físico de bens e na sua valorização.	Baixa	Baixo	54	Aprovação, pelo Conselho de Administração, dos abates	CA, SIE, GEC	É efetuado	5	
				55	Remoção física dos serviços utilizadores, do equipamento dados por incorporeais/inutilizados, que aguardam formalização de abate do inventário a pedido da ULS RA.	SIE, GEC	A remoção dos equipamentos dos serviços para abate é efetuado. Há necessidade da local apropriado para colocação destes até aprovação do abate pelo CA e decisão de destino (venda, desmantelamento).	5	
24 Ausência de responsabilização nas ocorrências de mau manuseamento dos equipamentos	Baixa	Médio	Baixo	56	Elaboração de documento devidamente justificado e fundamentado sobre as causas da avaria do equipamento.	SIE, GEC	Elaboração de documento devidamente justificado e fundamentado sobre as causas de avaria do equipamento.	5	

ÁREA/SERVIÇO: Gabinete de Engenharia Clínica (GEC)

Gabinete de Engenharia Clínica									
Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação, Monitoramento e Avaliação	Grau de Evidência	Próximos Prazos
	1	Organização da função e competências indefinidas	Média	Moderado	1	Elaboração de regulamento interno do Gabinete.	Encontra-se Regulamento interno no SGQSD para análise e aprovação pelo CA	🟡	2º Semestre de 2025
					2	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no GEC, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções;	Encontra-se Regulamento interno. Procedimentos e Instruções de Trabalho no SGQSD para análise e aprovação pelo CA	🟡	2º Semestre de 2025
	2	Quadro de pessoal insuficiente	Média	Moderado	3	Avaliar a necessidade de reforçar ou capacitar a equipe de profissionais do GEC para combater o aumento exponencial de trabalho e execução dos trabalhos técnicos especializados desde a criação da ULSPA - Contratação interna de Engenheiro(a) Biomédico(a) e aumento do nº de Monitorações a executar pela empresa externas prestadora de serviços.	Lançamento em 2025, do concurso para prestação de Serviços de Engenharia Clínica, no entanto, mantém-se a medida pois continue a ser insuportável face ao volume de trabalho do GEC com a implementação da ULSPA	🟡	2026
Organização do Gabinete	3	Espaço de trabalho insuficiente e inadequado às funções desempenhadas pelo Gabinete	Média	Moderado	4	Definir local que cumpra com as necessidades do Gabinete de Engenharia Clínica (com espaço para os postos de trabalho, benedictos de trabalho de oficina, espaço para efetuar trabalhos de soldadura com sistema de aspiração de vapores, armazenagem para stock de peças para IM, Correlhas e local para parque de equipamento do ULSPA).	Atribuição de novas instalações, no entanto houve redução do espaço atribuído e sem algumas das medidas preventivas identificadas. Além das medidas preventivas identificadas, foi atribuído um Assistente Técnico ao GEC em Setembro de 2024 com limitações motoras (cadeira de rodas) e estando o GEC num 1º andar sem elevador, o mesmo tem de estar separado da equipa.	🟡	2026
	4	Sistema de controlo interno e de gestão de risco desatualizado, desatualizado e /ou inexistente.	Média	Moderado	5	Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos da boas práticas, que contribuam para assegurar o desempenho das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.	Encontra-se Regulamento interno, Procedimentos e Instruções de Trabalho no SGQSD para análise e aprovação pelo CA	🟡	2º Semestre de 2025
					6	Garantir e aprovar, homologação, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	Encontra-se Regulamento interno. Procedimentos e Instruções de Trabalho no SGQSD para análise e aprovação pelo CA	🟡	2º Semestre de 2025
	5	Impossibilidade de registo no GHAF dos pedidos de manutenção das Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários	Baixa	Alto	7	Promover os acessos e respetiva formação, para que as Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários possam efetuar pedidos de reparação via GHAF de forma a promover uma melhor organização e resposta por parte do GEC.	Elaborado procedimento e Instrução de Trabalho. Formação ministrada a 10/01/2025 via teams.	🟢	
Manutenção de Equipamentos	6	Inexistência de Contratos de Manutenção para os equipamentos das Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários	Baixa	Médio	8	Promover uma análise do grupo de equipamentos a incluir em Contratos de Assistência Técnica.	Identificação dos bens críticos e/ou únicos para inclusão em CAT	🟢	
					9	Promover a revisão dos Contratos de Manutenção para incluir as necessidades das Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários	Publicação de CAT para garantir manutenção dos equipamentos identificados no ponto 8. Esterilização, Esterilização, Equipamentos com emissão de radiação.	🟢	
	7	Demora na resposta aos pedidos de assistência/reparação interna de equipamentos	Alta	Médio	10	Promover uma maior celeridade na resposta aos pedidos de reparação dos equipamentos, tendo em consideração e respetiva prioridade	Falta de recursos humanos para execução de todas as solicitações ao GEC principalmente após implementação da ULSPA.	🟡	2026

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Exatidão	Prazo de Execução
Manutenção de Equipamentos	8 Insuficiente monitorização dos indicadores de qualidade e produção	Baixa	Alto	Moderado	Elaborar e implementar o plano de manutenção e assistência técnica do GHAF com a SI+ para a criação de planos de preenchimento técnico que permita obtenção de mais indicadores de qualidade e produção.	GEC, SIAS	Falta de recursos humanos para execução de todas as solicitações ao GEC principalmente após implementação da ULSPA.	+	2026
	9 Insuficiente informação sobre os equipamentos, como manuais do operador, certificados, especificações técnicas, etc.	Baixa	Médio	Baixo	Repetir o desenvolvimento do módulo de Manutenção e Assistência Técnica do GHAF com a SI+ para a criação de campos para consulta pelos serviços utilizados nos relatórios de manutenção preventiva e corretiva referentes aos seus equipamentos.	GEC, SIAS	Falta de recursos humanos para execução de todas as solicitações ao GEC principalmente após implementação da ULSPA.	+	2026
	10 Bens das Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários, não inventariados e/ou registados contabilisticamente.	Baixa	Alto	Moderado	Contratação externa para a execução do inventário das unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários e integração no GHAF.	CA, GEC, SF	Em análise pelo CA.	+	2026
	11 Bens não inventariados	Média	Médio	Moderado	Solicitar colaboração e todas as Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários no levantamento dos bens existentes.	GEC, DGSP	Efetuada pedido, mas sem resposta por parte de todas as Unidades Funcionais	+	2026
Gestão Imobilizado	12 Bens registados no inventário para os quais não foi efetuado o abate digital - "lixo digital"	Média	Médio	Moderado	Solicitar ao SCL a inventariação dos equipamentos não inventariados, sempre que detectada esta situação.	GEC, SCL	É efetuado quando detetado.	+	
	13 Não inventariação de bens oferecidos com eventual apropriação ou utilização indevida de bens públicos.	Baixa	Baixo	Baixo	Solicitar aprovação para análise e imputação dos bens identificados como já não existentes fisicamente mas ainda registados no inventário digital (GHAF).	GEC, SCL, SAI, CA	Aprovação concedida pela Auditoria Interna e CA. Falta implementar a análise e efetiva "limpeza".	+	2026
	14 Ocorrência de danos/ roubo/ furto de equipamentos	Baixa	Baixo	Baixo	Aprovação das ofertas, pelo Conselho de Administração.	GEC, SCL, CA	Pendente elaborar IT	+	2026
	15 Falta de atualidade no abate físico de bens e na sua valorização.	Baixa	Médio	Baixo	Controlo anual dos equipamentos afetos a alguns centros de custo aleatoriamente selecionados	GEC, SCL	Falta de recursos humanos para execução de todas as solicitações ao GEC principalmente após implementação da ULSPA.	+	2026
		Baixa	Baixo	Baixo	Responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda e informação/ registo da ocorrência.	GEC	Encontra-se Procedimentos no SGQSD para análise e aprovação pelo CA	+	2º Semestre de 2025
		Baixa	Baixo	Baixo	Existência de parecer técnico relativo à inoperacionalidade ou obsolescência do bem.	GEC	Encontra-se Procedimentos e Instrução de Trabalho no SGQSD para análise e aprovação pelo CA	+	2º Semestre de 2025
		Baixa	Baixo	Baixo	Aprovação dos abates, pelo Conselho de Administração	GEC, SCL, CA	É efetuada aprovação individual de cada abate pelo CA	+	
		Baixa	Baixo	Baixo	Remoção física dos serviços utilizados, de equipamento dados por operacionais/inutilizados, que aguardam formalização de abate do inventário e remoção da ULSPA.	GEC	Em algumas situações, não se pode remover fisicamente o equipamento até ser substituído.	+	
	16 Ausência de responsabilização nas ocorrências de danos por mau uso dos equipamentos.	Baixa	Médio	Baixo	Elaboração de documento informativo para envio à Direção do serviço. Gestor da Área e CA. documento justificado e fundamentado sobre as causas de avaria do equipamento e porque considerado mau-uso.	GEC	Pendente elaborar IT	+	2026
					Elaboração da medida de responsabilização	GEC, CA	A avaliar com CA. Ainda não efetuado.	+	2026

ÁREA/SERVIÇO: Centro de Formação (CF)

Sub-Área de risco	Risco Identificados	Probabilidade	Impacto	Estratégia	Centro de Formação		
					Métricas Presentes	Serviço Responsável	Implementação Medida/Monitorização
Organização do Serviço	1 Organização de função indefinida	Alta	Baixo	Moderado	1 Promover a existência de regulamento interno do serviço.	CF	Em elaboração
					2 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no Serviço de Formação, as quais deverão contemplar uma adequada organização de trabalho.	CF	Existência de funções, apesar do Serviço contar apenas com uma colaboradora a tempo integral.
	2 Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado			Moderado	3 Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de trabalho a desenvolver e o recurso a trabalho externo quando necessário.	CF	O início de 2024, o Serviço de Formação sofreu uma alteração de quadro, passando-se em avaliação o respectivo quadro de pessoal.
		Alta	Baixo		4 Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	CF	São promovidas a frequência de formações internas
	3 Sistema de controlo interno e de gestão de risco desadequado, desatualizado e/ou inexistente	Média	Médio	Moderado	5 Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.	CF	Existência de regulamento de estágio, um regulamento de conduta dos estagiários e equipamentos e Planos de formação, os quais deverão ser revistos.
					6 Gerar e acionar, homologação, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	CF, CA, SGDS	A implementar após a elaboração dos procedimentos
Formação e desenvolvimento dos profissionais	4 Falta na interação entre aplicações	Baixa	Médio	Baixo	7 Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se integram, de modo a evitar a ocorrência de dados, e analisar resultados de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existam.	CF	Esta opção já foi implementada, e já está em funcionamento desde o dia 2023-04-01, na altura foi necessário a criação de um script instalado num servidor dentro da rede do hospital, que se ligou ao sistema de gestão de RH, de modo a atualizar a rede de dados e a interface de trabalho dos colaboradores e a ser seguida os erros para o Eureka Cloud via HTTPS.
	6 Inadequada identificação das necessidades da formação institucional.	Média	Médio	Moderado	8 Definição de política institucional de formação e desenvolvimento profissional.	CF	A ULISA tem em consideração 2 objetivos principais, nomeadamente a integração de novos profissionais e formação contínua para todos os trabalhadores. Atualmente está em curso o plano anual de formação e foi aprovado em 2023, o que de ecotimização de novos profissionais com a criação de formações obrigatórias.
	8 Formulação de objetivos de formação inadequados	Média	Médio	Moderado	9 Existência de procedimento institucional para identificação das necessidades de formação dos trabalhadores.	CF	Em elaboração
					10 Diagnóstico das necessidades de formação alinhado com o plano estratégico institucional.	CF	Foi realizado em 2023
	7 Formadores com inadequado perfil pedagógico	Baixa	Baixo	Baixo	11 Realização anual com as chefias intermediárias para definição de prioridades estratégicas de formação.	CF	Em curso
					12 Seleção de formadores internos/externos sustentada em critérios de competência científica, técnica e pedagógica.	CF	Em curso
	8 Baixa adesão dos trabalhadores e frequência de formação institucional e baixa eficácia da formação realizada	Média	Médio	Moderado	13 Responsabilização das chefias intermediárias na frequência da formação.	CF	Foi realizado em 2023
					14 Promover um levantamento das necessidades de formação junto dos colaboradores. Promover a participação dos colaboradores no plano anual de formação.	CF	Foi realizado em 2023
	9 Inadequada avaliação do impacto da formação institucional	Média	Médio	Moderado	15 Responsabilização das chefias intermediárias na avaliação do impacto da formação.	CF	Foi realizado em 2023

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Gestão de Qualidade e Segurança do Doente (SGQSD)

Serviço de Gestão de Qualidade e Segurança do Doente									
Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Quilómetros Escalados	Próximas Escalas
Organização do Serviço	1 Organização da função indefinida	Média	Médio	Moderado	1 Promover a existência de Regulamento interno do Serviço 2 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SGQSD, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções. 3 Analisar periodicamente o quadro da pessoa, tendo em conta o volume da atividade efetuada e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar. 4 Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	SGQSD	O Regulamento existia e está em atualização	2º Semestre de 2025	
	2 Quadro de pessoal inadequado: insuficiente ou pouco qualificado	Baixa	Médio	Baixo	5 Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades da forma ordenada, eficiente e transparente. 6 Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisões dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas internas.	SGQSD	Em atualização.	2º Semestre de 2025	
	3 Sistema de controlo interno e de gestão de risco desadequado, desatualizado e/ou inexistente.	Baixa	Médio	Baixo	7 Sensibilizar os serviços/unidades de ULS RA para o cumprimento de obrigações de aprovação, homologação, publicação dos regulamentos internos manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas internas.	SGQSD, CA, GC	Existe o PR, GQS, 005.00, que normaliza todo o circuito do documento desde a sua elaboração, aprovação e divulgação do mesmo por todos os profissionais de instituição.		
	4 Falta de homologação e publicação dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas dos serviços/unidades de ULS RA.	Média	Médio	Moderado	8 Assegurar o cumprimento dos requisitos dos Programas de Acreditação e Certificação pelos diferentes intervenientes no mesmo, através de Planeamento do trabalho a desenvolver.	SGQSD, CA, GC	Existe um procedimento que foi devidamente divulgado e todos os profissionais e encontra-se disponível no SmartDoc. Será elaborado um Relatório de Avaliação do SCI pelo SAI que irá contribuir para esta sensibilização.		
	5 Não obtenção e/ou renovação da acreditação e das certificações de serviços e unidades	Baixa	Médio	Moderado	9 Reunir com os serviços e revisão pela gestão. 10 Reunir com DGS (ACSA) e com BVC (ISSO 9001). 11 Planilha de resultados em fóruns, redes sociais	SGQSD	Serviços certificados pela ACSA nos Cuidados de Saúde Hospitalares, Departamento de Mulher e da Criança, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental; Serviço de Cardiologia; Serviço de Imunohematologia e Unidade de Hospitalização Domiciliária. Nos Cuidados de Saúde Primários tem: USF Malveira - que não consta na listagem em anexo. • USF Santa Joana • USF Beira Ria - que consta na listagem em anexo, mas como pertencendo à ULS EDV. Certificação ISO 9001 - Serviço Imunohematologia. Certificação pela Norma NP4552 - 2022 - ULS SBA		

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Regulatório	Implementação Médica/Monitorização	Critérios de Avaliação	Próximos Passos
Sistema Gestão de Qualidade	Incumprimento dos Planos de Ações Correlativas decorrentes das auditorias de Acreditação, Certificação	Baixa	Alto	Moderado	12	Dinamização de eventos internos (começo em Segurança do Doente, Certificação ACSA, Dia Internacional do Enfermeiro, reuniões plenárias do CCS) e participação dos profissionais da instituição e das equipas dos serviços/ unidades em eventos externos (congressos, webinars) com peritizações e reguladores.	SGQSD	Todas as certificações são divulgadas na instituição, na intranet e através dos respetivos certificados.	2º Semestre de 2025
					13	Monitorizar e acompanhar o cumprimento dos Planos de Ação Correlativas decorrentes das Auditorias.	SGQSD		
					14	Reuniões com equipas auditoras	SGQSD		
					15	Auditorias internas e externas	SGQSD		
					16	Acompanhamento das RG	SGQSD	Acompanhamentos através dados enviados pelo Gabinete do utente. Em análise uma possível melhoria do circuito.	
					17	Pedido de informação alongada de diferentes áreas envolvidas na execução do Plano	SGQSD		
	Incumprimento de aplicação do Plano nacional de Segurança do Doente 2021-2026	Média	Médio	Moderado	18	Participação em reuniões e ações de formação com a DGS e realização na organização.	SGQSD		2026
					19	Monitorização do cumprimento pela UQOR e CCS.	SGQSD	A implementar	
					20	Implementação de normas emanadas durante o período de vigência do plano.	SGQSD		
					21	Revisão de procedimentos (CILE e auditoria)	SGQSD		
					22	Elaboração do Relatório Anual a enviar à DGS	SGQSD		
					23	Dar a conhecer aos colaboradores o Relatório Anual de atividades e resultados obtidos face à estratégia definida.	SGQSD		
Gestão Processual da QOS	Incumprimento de aplicação do Plano Anual de Atividades	Média	Médio	Moderado	24	Formação contínua em segurança do doente.	SGQSD		2º Semestre de 2025
					25	Revisão e atualização do Regulamento próprio do serviço mantendo-se adaptado às necessidades.	SGQSD	Em atualização	
					26	Insistir no agendamento e na participação ativa de todos os elementos.	SGQSD	Em curso	
					27	Partilha de alas e de ações estratégicas.	SGQSD		

ÁREA/SERVIÇO: Departamento de Cuidados de Saúde Primários (DCSP)

Departamento de Cuidados de Saúde Primários									
Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Ativo	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Orçamento Estimado	Próxima Avaliação
1	Organização da função (gestão intermédia dos CSP e SP) indefinida	Alta	Médio	Elevado	1	Promover a existência de regulamento interno do serviço	Diretor da Unidade de Gestão do DCSP	Proposta de Regulamento Interno do DCSP elaborada e enviada para aprovação do CA da ULSRA	2º Semestre de 2025
					2	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no departamento as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	Diretor da Unidade de Gestão do DCSP	Elaboração de proposta em fase de conclusão	2º Semestre de 2025
					3	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuada e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	Diretor da Unidade de Gestão do DCSP	Relativamente à realização de trabalho extraordinário/suplementar, cada Unidade Funcional preenche formulário interno aprovado pela ULSRA, o qual é validado pelo respetivo coordenador ou responsável, sendo submetido a despacho autorizador do CA, após parecer da Responsável pela área gestão CSP, com aposição de dívida prevista de custos associada. No tocante às necessidades de aumento do número de efetivos de RH (necessidades temporárias ou definitivas), a Responsável da área gestão CSP envia, periodicamente, à Diretora SGRH, pedidos da alocação de efetivos, por grupo profissional, com a devida fundamentação (saídas por motivo de ausência prolongada, rescisão de contrato, ausências prolongadas, etc.) a qual promove medidas adequadas, tendentes à sua afetação (recurso a bolsa de recrutamento, processos de mobilidade interna, entre outras).	
2	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Média	Médio	Moderado	4	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	Diretor da Unidade de Gestão do Serviço de Formação	São realizadas ações de formação contínua, breves sessões de esclarecimento/sensibilização, presenciais e não presenciais, subordinadas a temas mais relevantes, como o RGPD, inscrição de doentes, gestão de stocks/requisições de consumíveis da GHAF, etc.	
					6	Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.	Diretor da Unidade de Gestão do DCSP	Em articulação com os serviços de apoio da ULSRA têm sido elaboradas e aprovadas pelo CA instruções de trabalho, nomeadamente, na área de manutenção corrente de equipamentos clínicos e outros.	
3	Sistema de controlo interno e de gestão de risco desatualizado, desatualizado e/ou inexistente.	Média	Médio	Moderado	8	Garantir a aprovação, atualização, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	Diretor da Unidade de Gestão do DCSP, CA, SGRS, GC		

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medida/Monitorização	Gravidade do Risco	Plano de Ação
Atendimento de Utentes	4	Deficiente atendimento de utentes. Identificação inscrição incorreta/incompleta dos utentes	Baixa	Moderado	7	Elaboração e ampla divulgação da procedimentos para o atendimento. Análise periódica das reclamações, nomeadamente reportadas via SDM/ACSS, sobre a completude da dados para registo ativo e identificação dos utentes, que devem incorporar o SIADAP individual.	7	Enviar periódico de email personalizado a cada Unidade Funcional com alerta sobre necessidade de completude de dados no RNU, será enviado ao CCA das centenas gerais da ULSPA, proposta de recomendação no sentido dos avaliadores dos Assistentes Técnicos dos CSP, em sede de reunião de atualização de objetivos para 2025, possam incorporar esta temática, na definição desses objetivos individuais.	2
	8	Deficiente atendimento de utentes. Identificação inscrição incorreta/incompleta dos utentes	Baixa	Moderado	8	Elaborar documentos sobre a identificação do utente, com especial enfoque sobre o procedimento de inscrição de migrantes	8	Com a entrada em vigor do Despacho n.º 14830/2024, de 16 de dezembro (registo no RNU) e do Despacho n.º 4002/25, de 01 de abril (inscrição nos CSP), procedeu-se à divulgação, via email dirigido a todos os profissionais de saúde dos CSP da ULSPA, dos respetivos regulamentos, nos quais se incluem normas sobre a definição clara das regras de organização e dos mecanismos de gestão do RNU, com a aplicação de regras para registo do cidadão no RNU e inscrição do utente numa unidade de cuidados de saúde primários, bem como procedimentos para assegurar a identificação única dos utentes tendo em conta a articulação com os diversos sistemas de informação do SNS, para além de procedimentos tendentes à prossecução de garantias de acesso ao SNS para todos os cidadãos residentes em Portugal em conformidade com a regulamentação em vigor.	2
	9	Atendimento de utentes sem registo informático sem registo de atividade realizada	Baixa	Alto	9	Avaliação periódica pelos pares/CSP, da qualidade dos registos, tendo em conta os riscos identificados.	9	Em implementação	2025
Articulação entre Serviços/Unidades Funcionais	6	Deficiente comunicação entre serviços/UF	Média	Moderado	10	Elaborar /atualizar Manual de Articulação da Unidade de Gestão do departamento de cuidados de saúde primários com as UP/serviços de apoio.	10	Em articulação com os serviços de apoio da ULSPA, têm sido elaboradas algumas instruções de trabalho, tendo sido, até ao momento, aprovada e divulgada a Instrução de Trabalho IT GEC.001.00, na área de manutenção corrente de equipamentos clínicos e outros.	2
	7	Inexistências de Manual de articulação entre UF e Unidade de gestão	Média	Moderado	11	Para além do Manual de procedimentos administrativos que cubra os riscos identificados, deverão promover-se ações de formação aos AT de acordo com as normas.	11	Previstas ações de formação interna	1º Semestre de 2025
Cobrança e Depósitos de Taxas e Outros Valores Devidos	8	Atendimento desatualizado do pagamento de atos das autoridades de saúde e de serviços prestados por outros profissionais de saúde pública, laboratório e junta médicas de avaliação da incapacidade (JIMM).	Baixa	Alto					

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Gravidade da Avaliação	Prazo de Execução
Cobrança e Depósitos de Taxas e Outros Valores Devidos	9 Não recebimento do pagamento de atas das entidades de saúde e de serviços prestados por outros profissionais de saúde pública, laboratório e junta médicas de avaliação de incapacidade (JUAJ)	Baixa	Alto	Moderado	12 Conferência dos valores cobrados e devidos.	Coordenador da Área de Gestão Financeira da UG do DCSP	Lista de atas em que há lugar a recebimento de taxas este devidamente dividida por todos os profissionais da USP - Circular DGS 004/2011 de 24/01/2011 e Decreto-Lei n.º 8/2011)	0	
	10 Guarda de Valor em local inseguro	Baixa	Alto	Moderado	13 Guarda dos valores em cofre.	Responsável administrativo da UF dos CSP, com supervisão do coordenador da Área de Gestão Financeira da UG do DCSP	Nem todos os serviços locais da USP dispõem de cofre, está em curso um levantamento de necessidades para submissão da proposta de aquisição		2º Semestre de 2025
	11 Dano de valores recebidos de taxas e outros valores devidos	Média	Alto	Elevado	14 Uso generalizado de pagamentos via multibanco. Depósitos diários dos valores cobrados. Conferência diária dos valores cobrados.	Responsável administrativo das UF dos CSP, com supervisão do coordenador da Área de Gestão Financeira da UG do DCSP	Inexistência de terminais multibanco nos locais de recebimento		2026
	12 Não entrega do Recibo do pagamento das taxas devidas ao utente.	Baixa	Baixo	Baixo	15 Dispor no balcão da UF suporte de informação ao utente, para que este solicite sempre o recibo dos valores pagos.	Responsável administrativo das UF dos CSP, com supervisão do coordenador da Área de Gestão Financeira da UG do DCSP	Sistema informático permite a emissão dos recibos do pagamento das taxas		
	13 Anulações de recibos não ratificadas e não assinadas pelas duas partes	Baixa	Alto	Moderado	16 Verificar se na emissão de recibo consta a justificação e a assinatura legível do utente e do profissional. Avaliar e acompanhar periodicamente a execução dos procedimentos e medidas.	Responsável administrativo das UF dos CSP, com supervisão do coordenador da Área de Gestão Financeira da UG do DCSP	Nunca foi realizada auditoria neste âmbito desconhecendo-se se os procedimentos são sempre cumpridos		2026
Processos Para Faturação e Tercelitos Responsáveis	14 CSP não enviam mensalmente ao SF documentos com dados do utente/residido, bem como da entidade responsável	Média	Médio	Moderado	17 Elaborar/recorrer ao Manual de procedimentos administrativos os riscos identificados.	Coordenador da Área de Gestão Financeira da UG do DCSP em articulação com responsável administrativo das UF dos CSP	Ainda não foi possível iniciar este procedimento, sendo esperado que no 2.º semestre de 2025 possamos elaborar proposta de procedimento interno	2	2º Semestre de 2025
Armazéns	15 Stocks não controlados	Média	Médio	Moderado	18 Restrição de acesso aos armazéns a pessoal autorizado. Designação de responsável para acesso a determinados produtos, mais susceptíveis a extravio.	Coordenadores das UF dos CSP, com supervisão do Diretor da Unidade de Gestão do DCSP ou em quem este delegar a tarefa, nomeadamente no coordenador da Área de Armazenamento	Dados os constrangimentos verificados na transição/integração dos Armazéns Aterçados (AA) das UF dos CSP na GHAF, com implementação de rotas de funcionamento/reposição de linha de serviço, com periodicidade mensal, a cargo da SUCH ainda não foi possível monitorizar a implementação destas medidas; no entanto, cada UF tem designado 2 responsáveis pela gestão do AA respetivo, sendo que por norma, correspondem aos utilizadores do sistema informático de gestão de stocks (GHAF), um Assistente Técnico para a gestão de materiais de consumo médico e administrativo e um enfermeiro para a gestão de materiais de consumo clínico e farmacêutico. Foi recomendado pelo SAI a realização de inventários em todas as unidades.		2º Semestre de 2025

Sub-Área de risco	Riscos identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Responsável	Implementação Medidas/monitorização	Grau de Execução	Prazo de Execução
Amazônia	16 Pedidos excessivos ao armazém central, sem relação com os consumos/ consumos não justificados	Média	Médio	Moderado	19 Verificar periodicamente os pedidos e ajustar os níveis de consumo.	Coordenador da Área de Aprovisionamento da UC do DCSP, com supervisão do Diretor da UC do DCSP	UF reportam necessidades de ajuste ao Intelector dos CSP para área de Aprovisionamento (Dra. Isabel Siqueira) e para área de Farmácia (Dra. Cláudia Carqueja) que validam e inserem na GHAF os pedidos de ajuste de níveis de consumo, dando conhecimento à SUCH	✓	
				20	Recardo atualizada ao eia e registada na aplicação informática.	Responsável pela gestão stock nas UF dos CSP, com supervisão do coordenador da Área de Aprovisionamento da UC do DCSP	Dados os controlos verificados na transição/integração das Armazéns Associadas (AA) das UF dos CSP na GHAF, com rotas de fornecimento/replicação do nível de serviço, com periodicidade mensal, a cargo da SUCH ainda não foi possível monitorizar a implementação destas medidas, no entanto, cada UF tem designado 2 responsáveis para gestão de AA respectivo, sendo que por norma, correspondem aos utilizadores do sistema informático de gestão de stocks (GHAF), um Assistente Técnico para a gestão de materiais da consumo hospitalar e administrativo e um enfermeiro para a gestão de materiais de consumo clínico e farmacêutico. Foi recomendado pelo SAN a realização de inventários em todas as unidades.	✗	2º Semestre de 2025
	17 Incorreta recepção de mercadorias	Média	Médio	Moderado	21 Confirmação do material entregue à entidade em 2 níveis de quantidade e qualidade.	Responsáveis pela gestão stock nas UF dos CSP, com supervisão do coordenador da Área de Aprovisionamento da UC do DCSP	Dados os controlos verificados na transição/integração das Armazéns Associadas (AA) das UF dos CSP na GHAF, com rotas de fornecimento/replicação de nível de serviço, com periodicidade mensal, a cargo da SUCH ainda não foi possível monitorizar a implementação destas medidas, no entanto, cada UF tem designado 2 responsáveis para gestão de AA respectivo, sendo que por norma, correspondem aos utilizadores do sistema informático de gestão de stocks (GHAF), um Assistente Técnico para a gestão de materiais de consumo hospitalar e administrativo e um enfermeiro para a gestão de materiais de consumo clínico e farmacêutico. Foi recomendado pelo SAN a realização de inventários em todas as unidades.	✗	2º Semestre de 2025
	18 Registo de inventário incorreto	Média	Médio	Moderado	22 Registar periodicamente os registos. Controlo regular do cadastro dos bens.	Responsável administrativo das UF dos CSP, com supervisão do coordenador da Área de Aprovisionamento e Património da UC do DCSP	Dados os controlos verificados na transição/integração das Armazéns Associadas (AA) das UF dos CSP na GHAF, com rotas de fornecimento/replicação de nível de serviço, com periodicidade mensal, a cargo da SUCH ainda não foi possível monitorizar a implementação destas medidas, no entanto, cada UF tem designado 2 responsáveis para gestão de AA respectivo, sendo que por norma, correspondem aos utilizadores do sistema informático de gestão de stocks (GHAF), um Assistente Técnico para a gestão de materiais de consumo hospitalar e administrativo e um enfermeiro para a gestão de materiais de consumo clínico e farmacêutico. Foi recomendado pelo SAN a realização de inventários em todas as unidades.	✗	2º Semestre de 2025
	19 Má gestão dos prazos de validade dos artigos	Média	Médio	Moderado	23 Atualização do material de acordo com o critério FIFO (first in, first out) - saem primeiro do armazém as antiguidades que lá estão há mais tempo, as que foram as primeiras a entrar. Levantamento periódico dos artigos cujo prazo de validade expira até um ano. Avaliação junto das outras UF sobre a possibilidade da sua utilização. Saneizar o material expirado.	Responsável pela gestão stock nas UF dos CSP, com supervisão do coordenador da Área de Aprovisionamento da UC do DCSP	Dados os controlos verificados na transição/integração das Armazéns Associadas (AA) das UF dos CSP na GHAF, com rotas de fornecimento/replicação de nível de serviço, com periodicidade mensal, a cargo da SUCH ainda não foi possível monitorizar a implementação destas medidas, no entanto, cada UF tem designado 2 responsáveis para gestão de AA respectivo, sendo que por norma, correspondem aos utilizadores do sistema informático de gestão de stocks (GHAF), um Assistente Técnico para a gestão de materiais de consumo hospitalar e administrativo e um enfermeiro para a gestão de materiais de consumo clínico e farmacêutico. Foi recomendado pelo SAN a realização de inventários em todas as unidades.	✗	2º Semestre de 2025
Gestão de Vacinas	20 Má gestão de vacinas	Baixa	Médio	Baixo	24 Designação da responsável de gestão da vacina. Avaliação periódica e atualização dos procedimentos sobre a gestão de vacinas.	Diretor da UC do DCSP, em articulação com o Diretor dos Serviços Farmacêuticos e com Núcleo de Vacinação do CSP da ULSSA	Na área de Farmácia e interdisciplina para os CSP da ULSSA e a Dra. Cláudia Carqueja, cada UF tem designado um responsável para a gestão de consumos de vacinas, com credenciais de acesso à GHAF. Mensalmente, são elaboradas as campanhas físicas das vacinas.	✓	
	21 Pedido de vacinas não justificado	Baixa	Médio	Baixo	25 Avaliação pendente dos consumos stock e pedidos de vacinas.	Responsável pela gestão de vacinas, em articulação com o Diretor dos Serviços Farmacêuticos, com Núcleo de Vacinação dos CSP da ULSSA e Diretor de Unidade de Gestão do DCSP	Na área de Farmácia e interdisciplina para os CSP da ULSSA e a Dra. Cláudia Carqueja, cada UF tem designado um responsável para a gestão de consumos de vacinas, com credenciais de acesso à GHAF. Mensalmente, são elaboradas as campanhas físicas das vacinas.	✓	

Sub-Área de Risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Estado da Ação	Prazo de Execução
Gestão de Vacinas	22 Desconhecimento do stock efetivo	Baixa	Médio	Baixo	28 Proceder aos registos imediato do consumo das vacinas.	Responsáveis de enfermagem pela gestão das vacinas nas UF dos CSP, com supervisão do responsável pela gestão de vacinas da ULGRA	Dados os constrangimentos verificados na transição/região dos Amazonas Avançados (AA) das UF dos CSP na GHAF, com rotas de fornecimento/reposição de nível de serviço, com periodicidade mensal, a cargo da SUCH ainda não foi possível monitorizar e implementação dessas medidas; no entanto, cada UF tem designado 2 responsáveis pela gestão do AA, respetivo, sendo que por norma, correspondem aos utilizadores do sistema informático de gestão de stocks (GHAF), um Assistente Técnico para a gestão de materiais de consumo hospitalar e administrativo e um enfermeiro para a gestão de materiais de consumo clínico e farmacêutico. Foi recomendado pelo SAI a realização de inventários em todas as unidades.		2ª Semestre de 2025
	23 Pedidos excessivos ao armazém central, sem relação com os consumos	Baixa	Médio	Baixo	27 Designação de interlocutor em cada UF, pela gestão das vacinas.	Diretor da UG do DCSP, em articulação com Diretor dos Serviços Farmacêuticos e com Núcleo de Vacinação dos CSP da ULGRA	Na área da Farmácia a interlocutora para os CSP da ULGRA é a Dra Cécilia Carqueia, cada UF tem designado um responsável para a gestão de consumos e pedidos de vacinas, com credenciais de acesso à GHAF. Mensalmente, são efetuadas as contagens físicas das vacinas.		
	24 Vacinas com prazo de validade expirado / rutura de stocks	Baixa	Médio	Baixo	29 Avaliar periodicamente a execução dos procedimentos sobre a gestão de vacinas.	Responsável pela gestão de vacinas, em articulação com Diretor dos Serviços Farmacêuticos, com o Núcleo de Vacinação dos CSP da ULGRA e Diretor da Unidade de Gestão do DCSP	Na área da Farmácia a interlocutora para os CSP da ULGRA é a Dra Cécilia Carqueia, cada UF tem designado um responsável para a gestão de consumos e pedidos de vacinas, com credenciais de acesso à GHAF. Mensalmente, são efetuadas as contagens físicas das vacinas.		
Gestão e Controlo Interno	25 Inexistência de instrumentos de controlo de gestão	Média	Médio	Moderado	29 Verificar periodicamente o cumprimento do controlo programático e cartas de compromisso	Diretor da Unidade de Gestão do DCSP ou em quem este delegar a tarefa, nomeadamente no coordenador da Área de Planeamento e Controlo de Gestão	Para 2025, procedeu-se à atualização da Comissão para a Contratação Interna nos CSP da ULGRA, encontrando-se a mesma, em fase de aprovação pelo CA da ULGRA.		
					30 Verificar periodicamente as prescrições de medicamentos e MCDT por UF e prescutor.	Diretor da Unidade de Gestão do DCSP ou em quem este delegar a tarefa, nomeadamente no coordenador da Área de Planeamento e Controlo de Gestão	A cargo dos Gestores da Contratação Interna da Comissão para Contratação Interna nos CSP da ULGRA		

ÁREA/SERVIÇO: Departamento de Saúde Pública (DSP)

Sub-Área de risco		Departamento de Saúde Pública				Critérios de Avaliação		Prazo de Execução
Riscos Identificados		Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Responsável	Implementação, Medidas/Monitorização	
Organização do Departamento	1	Baixa	Médio	Baixo	1 Promover a existência de regulamento interno do serviço. 2 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no departamento as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	Diretor DSP	Regulamento da USP	●
	2	Baixa	Baixo	Baixo	3 Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuada e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar. 4 Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	Diretor DSP / Unidade de Gestão do DSP / Diretor DSP / Diretor da Unidade de Gestão do DSP / Diretor DSP	Equipa de Qualidade responsável pela elaboração/actualização de procedimentos para vários programas/atividades de USP Avaliação efetuada de forma "ad-hoc", a cada nova contratação ou implementação de novas iniciativas ou início de ciclos de atividade programada Avaliação das necessidades formativas e existência de manual de formação	● ● ●
	3	Baixa	Médio	Baixo	5 Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma organizada, eficiente e transparente. 6 Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	Diretor da Unidade de Gestão do DSP / Diretor DSP / Diretor da Unidade de Gestão do DSP / Diretor DSP	A USP possui um programa de gestão de incidentes críticos.Avaliar a necessidade de elaborar outros procedimentos.	● ● ●
	4	Baixa	Médio	Baixo	7 Presença obrigatória de 3 profissionais médicos na realização das visitas médicas. 8 Presença mínima obrigatória de 2 profissionais nas visitas. 9 Delimitação e cumprimento das normas aplicáveis fundamentadas. 10 Elaboração dos relatórios técnicos devidamente fundamentados.	Diretor da Unidade de Gestão do DSP / Diretor DSP / Diretor da Unidade de Gestão do DSP / Diretor DSP	Processos clínicos dos IMAI assinados pelos 3 elementos médicos Assistência de RU para assegurar este doteção em todos as visitas São cumpridos todos os normas aplicáveis Autos de visita elaborados e enviados	● ● ● ●
	5	Baixa	Alta	Moderado	11 Para além do Manual de procedimentos administrativos que cubra os riscos identificados, devendo promover-se ações de formação aos AT de acordo com as normas.	Diretor da Unidade de Gestão do DSP / Diretor DSP / Diretor da Unidade de Gestão do DSP / Diretor DSP	Provisões ações de formação interna	● ● ●
	6	Baixa	Alta	Moderado	12 Conferência dos valores cobrados e devidos	Diretor da Unidade de Gestão do DSP / Diretor DSP / Diretor da Unidade de Gestão do DSP / Diretor DSP	Lista de atos em que há lugar a recebimento de taxas: está devidamente divulgada por todos os profissionais da USP - Circular DGS 004/2011 de 24/01/2011 e Decreto-Lei n.º 8/2011 Nem todos os serviços locais de USP dispõem da cofra; está em curso um levantamento de necessidades para submissão de proposta de atualização	● ● ● ●
Cobrança e Depósitos de Taxas e Outros Valores Devidos	8	Média	Médio	Moderado	13 Guarda dos valores em cofre.	Diretor da Unidade de Gestão do DSP / Diretor DSP / Diretor da Unidade de Gestão do DSP / Diretor DSP	Existência de terminais multibanco nos locais de recebimento	● ● ●
	9	Média	Médio	Moderado	14 Uso generalizado de pagamentos via multibanco; Depósitos diários dos valores cobrados; Conferência diária dos valores cobrados.	Diretor da Unidade de Gestão do DSP / Diretor DSP / Diretor da Unidade de Gestão do DSP / Diretor DSP	Sistema informático permite a emissão dos recibos do pagamento das taxas	● ● ●
	10	Baixa	Baixo	Baixo	15 Dispor no local da UF suporte de informação ao utente, para que este solicite sempre o recibo dos valores cobrados.	Diretor da Unidade de Gestão do DSP / Diretor DSP / Diretor da Unidade de Gestão do DSP / Diretor DSP	Nunca foi realizada auditoria nesta área, desconhecendo-se se os procedimentos são sempre cumpridos	● ● ●
	11	Média	Médio	Moderado	16 Verificar-se na elaboração do recibo consta a justificação e a assinatura legível do utente e do profissional. Avaliar e acompanhar periodicamente a execução dos procedimentos e medidas.	Diretor da Unidade de Gestão do DSP / Diretor DSP / Diretor da Unidade de Gestão do DSP / Diretor DSP		● ● ●

ÁREA/SERVIÇO: Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Cardiologia

Unidade de Gestão da Medicina - Cardiologia									
Sub-Área de Risco	Erros Identificados	Probabilidade	Impacto	Índice	Medidas Preventivas	Serviço	Implementação/ Medidas/Monitorização	Índice de Risco	Plano de Ação
Organização do Serviço	1 Organização da função indefinida	Baixa	Alto	Moderado	1 Promover a existência de regulamento interno do serviço	Cardiologia, Gestor	Serviço Certificado	✓	
					2 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no serviço, as quais deverão contemplar uma adequada distribuição de funções.	Cardiologia	Serviço Certificado	✓	
	2 Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Baixa	Alto	Moderado	3 Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a capacidade instalada, a atividade desenvolvida e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	Cardiologia	Plano atividades	✓	
					4 Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	Cardiologia, CF	Plano de formação	✓	
	3 Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Baixa	Alto	Moderado	5 Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.	Cardiologia	Divulgação SmeDoc de IT, Procedimentos e Protocolos de Atuação	✓	
Atendimento ao Utente					6 Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	Cardiologia, CA, SGO/SGD	Implementados e em fase de reapreção dos Documentos	✓	2º Semestre de 2025
	4 Inexistência de controlo sobre a atividade desenvolvida	Baixa	Alto	Moderado	7 Elaborar anualmente as propostas de planos de atividade para a contratualização interna, englobando a atividade assistencial, rendimentos, gestos e investimentos, a submeter à apreciação do Conselho de Administração.	Cardiologia, Gestores, CA	Planos de Atividades e Relatórios de Gestão	✓	
					8 Contratarização interna e elaboração dos relatórios de atividade, de modo a identificar e corrigir, mediante medidas corretivas, possíveis desvios em relação ao planeamento ou às metas estabelecidas.	Cardiologia, Gestores, CA	Relatórios Atividades sem execução	✓	
	5 Abuso de poder no contacto com os utentes	Baixa	Alto	Moderado	9 Divulgação do Código de Conduta da ULS RA	Cardiologia	Divulgado na Intranet e no site Institucional	✓	
					10 Promover formação alargada aos profissionais sobre a qualidade no atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de emoções em situações de conflito.	Cardiologia, CF	Plano ação 2025	✓	2º Semestre de 2025
Admissão doentes/ Produção/ Faturação/ Rota administrativa	6 Produção não registada, incorretamente registada (ex. sem a realização do respetivo ato), ou não registada na totalidade	Baixa	Alto	Moderado	11 Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventuais falhas de ocorrência de situações.	Cardiologia, SGD, SPCG, Gestores	✓ através do SGD são emitidos alertas quando dos campos estão indevidamente preenchidos de áreas médicas. Na área de enfermagem são emitidos alertas ao grupo SIE.	✓	
					12 Análise e revisão permanente de execução dos procedimentos de registo.	Cardiologia, SGD, SPCG, Gestores	Análise mensal das não conformidades, e formação contínua de melhoria, perante o plano de formação	✓	
	7 Ausência ou alta administrativa incorreta	Baixa	Alto	Moderado	13 Sensibilização dos trabalhadores para procedimentos administrativos de alta e respetivas implicações (libertação de vagas para outros doentes; adequação gestão de agendas; deslocação indevida de doentes a instituições; otimização de recursos; minimização de custos com convocatórias indevidas)	Cardiologia, SGD, Gestores	A gestão de camas é da competência da ECA em conjunto a Direção do Serviço. A gestão das altas é efetuada pelo Serviço. A Gestão de agendas de consultas é da competência do SGD. As agendas elaboradas pelos gestores com a direção do serviço são maximizadas.	✓	

Sub-área de risco	Riscos identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação/ Monitorização	Críticas da Equipa	Próximas Ações
Prescrição de medicamentos, MCDT e Transportes de doentes	8 Recurso excessivo ou injustificado a MCDT	Baixa	Alto	Moderado	Cumprimento de normativas e procedimentos para requisição de exames ao exterior que obtem o cumprimento de um conjunto de validação/autorizações.	Cardiologia, SGD, Gestores	Os MCDT's são adquiridos via Aproximamento. A prescrição é efetuada com as regras internamente estabelecidas	✓	
					Segregação de funções e responsabilidade das operações.	Cardiologia	Cumprida para exames ao exterior. Os MCDT's realizados pelo Serviço podem ser prescritos pelo realizador.	✓	
	9 Recurso excessivo ou injustificado a Transporte de Doentes	Baixa	Alto	Moderado	Utilização de Aplicação de Gestão Integrada de Transportes de acordo com os normativos vigentes	Cardiologia, SGD	E efetuada	✓	
					Cumprimento de normativas e procedimentos para requisição de transporte que obtem o cumprimento de um conjunto de validações/autorizações.	Cardiologia, SGD	E efetuada	✓	
	10 Prescrição indevida de medicamentos	Baixa	Alto	Moderado	Registo de toda a medicação ao doente	Cardiologia	E efetuada	✓	
Gestão Existências					Utilização de prescrição eletrónica	Cardiologia	E efetuada	✓	
					Monitorizar se os consumos coincidem com a atividade do serviço	Cardiologia, Serviços Farmacéuticos	E efetuada	✓	
					Registrar no sistema informático os consumos de material de consumo clínico e farmacéutico	Cardiologia	E efetuada	✓	
					Sobster medicamentos aos Serviços Farmacéuticos através de prescrição	Cardiologia	E efetuada	✓	
	11 Apropriação indevida de material	Média	Alto	Elevado	Monitorizar se os consumos coincidem com a atividade do serviço	Cardiologia, Gestores, Serviços Farmacéuticos, SCL	E efetuada	✓	
					Realizar periodicamente inventários	Cardiologia, Gestores, Serviços Farmacéuticos, SCL	O Serviço efetua trimestralmente o inventário da medicação. Avaliar a criação de armazém avançado de farmácia e a realização da inventário anual.	2º Semestre de 2025	
					Assinatura de Declarações de Inexistência de Incompatibilidades, nos termos da legislação em vigor.	Cardiologia, Gestores, Serviços Farmacéuticos, SCL, GEC	Cumprido	✓	
					Segregação de funções e responsabilidade das operações.	Gestores, Serviços Farmacéuticos, SCL, GEC	Cumprido	✓	
	12 Favorecimento de fornecedores por membros de comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contraiais que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, elaboração de formulários nas áreas do medicamento e material de consumo clínico	Baixa	Alto	Moderado	Implementar um procedimento de avaliação da fornecedores	Cardiologia, Serviços Farmacéuticos, SCL	Procedimento a implementar	2026	
					Elaborar um plano anual de compras que reflita as necessidades do serviço	Cardiologia, Gestores, Serviços Farmacéuticos, SCL	Plano de investimentos	✓	

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Gravidade da Avaliação	Plano de Trabalho
Gestão da Lista de Espera de Consultas	13 Incumprimento dos TMRG da LEC	Baixa	Alta	Moderado	29 Monitorização do cumprimento dos TMRG	Diretor Serviço/Gestor	A Mercção das Primárias Consultas é da responsabilidade do SGD.	●	
					30 Sensibilização dos colaboradores para a necessidade de cumprimento legal e dos procedimentos instituídos em matéria de listas de espera	Cardiologia, Gestores	Troca emails entre o Gestor e o Diretor Serviço. São propostas medidas de contação da LEC nomeadamente: contigração de mais recursos e a realização de consulta adicional. São tomadas outras medidas de tratamento dos pedidos para primeiras consultas como a realização da consultoria aos médicos dos CSP e Telemedicina	●	
					31 Publicação interna de relatório com periodicidade mensal com indicação específicas sobre as listas de espera, garantindo transparência e escrutínio;	Cardiologia, Gestores	Constam Relatórios de Atividades	●	
Proteção de dados pessoais	14 Acesso e divulgação indevida de informação clínica dos utentes	Baixa	Alta	Moderado	32 Elaborar e divulgar junto dos colaboradores o procedimento e seguir no que respeita a revelação de Dados Pessoais da saúde e familiares ou outros indivíduos.	Cardiologia, Gestores, SGD, EPD	Divulgado no SmartDoc e via email às equipas. Realizada formação nesta área às equipas	●	
					33 Implementar restrição de acessos à informação clínica	Cardiologia, Gestores, SGD, SIAS, EPD	Realizado pelo SIC através de atribuição de permissões específicos de acesso	●	
					34 Promover ações de formação no âmbito do RGPD	Cardiologia, Gestores, EPD	Cumprido	●	
					35 Sensibilizar e divulgar juntos dos colaboradores o Guia das Boas Práticas do RGPD	Cardiologia, Gestores, EPD	Divulgado no SmartDoc e via email às equipas. Realizada formação nesta área às equipas	●	

ÁREA/SERVIÇO: Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Cuidados Paliativos

Unidade de Gestão da Medicina - Cuidados Paliativos							Prazo de Execução	
Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Responsabilidade Executiva	Prazo de Execução
Organização do Serviço	1 Organização da função indistinta	Média	Alto	Elevado	1 Promover a existência de regulamento interno do serviço. 2 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no serviço, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	Cuidados Paliativos	Existe mas ainda não se encontra aprovado. Irá ser estruturado de acordo com as novas funcionalidades do serviço	2025
	2 Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Baixa	Alto	Moderado	3 Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a capacidade instalada, a atividade desenvolvida e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar. 4 Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	Cuidados Paliativos CF	As funções encontram-se definidas Esta análise é efetuada periodicamente e apresentada a CA. Em algumas situações críticas recorre-se a Prestadores de Serviços, nomeadamente em situações de ausência prolongada Durante o ano são promovidas várias formações internas e externas	
	3 Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Baixa	Alto	Moderado	5 Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente. 6 Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	Cuidados Paliativos CA, SGOSD	São elaborados protocolos e instruções de trabalho devidamente aprovados pelo CA e Qualidade	
	4 Inexistência de controlo sobre a atividade desenvolvida	Baixa	Alto	Moderado	7 Elaborar anualmente as propostas de planos de atividade para a contratualização interna, englobando a atividade assistencial, rendimentos, gastos e investimentos, a submeter à aprovação do Conselho de Administração 8 Assegurar a monitorização periódica da Contratualização interna e elaboração dos relatórios de atividade, de modo a identificar e corrigir, mediante medidas corretivas, possíveis desvios em relação ao orçamento ou às metas estabelecidas	Cuidados Paliativos, Gestores, CA Cuidados Paliativos, Gestores, CA	Anualmente é efetuada a contratualização interna com o CA Efetua-se anualmente no momento da elaboração da contratualização.	
Atendimento ao Utente	5 Abuso de poder no contacto com os utentes	Baixa	Alto	Moderado	9 Divulgação do Código de Conduta de ULS RA 10 Promover formação dirigida aos profissionais sobre a qualidade do atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de emoções em situações de conflito.	Cuidados Paliativos	É do conhecimento geral dos colaboradores A área está sempre incluída na formação base dos colaboradores. É promovida a Formação Avançada em Cuidados Paliativos	
Admissão doentes/ Produção/ Faturação/ Alta administrativa	6 Produção não registada em tempo útil	Baixa	Alto	Moderado	11 Manutenção de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividade/produção.	Cuidados Paliativos, SGO, SPCG, Gestores	Sempre que possível é efetuado atempadamente	
	7 Ausência ou alta administrativa incorreta	Baixa	Alto	Moderado	12 Sensibilização dos trabalhadores para procedimentos administrativos de alta e respetivas implicações (libertação de vagas para outros doentes; adequada gestão de agendas; deslocação, indexação de doentes à instituição; otimização de recursos; minimização de custos com convocatórias indevidas)	Cuidados Paliativos, SGO, Gestores	Sim os colaboradores estão sensibilizados	

Sub-Área de Risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Índice	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação/ Medidas/Monitorização	Data da Avaliação	Prazo de Execução
Prescrição de medicamentos, MCDT e Transportes de doentes	8 Recurso excessivo ou injustificado a MCDT	Baixa	Alto	Moderado	13 Cumprimento de normativas e procedimentos para requisição de exames ao exterior que obriguem ao cumprimento de um conjunto de validações/autorizações	Cuidados Paliativos, SGD, Gestores	Sim. Há e preocupação de analisar a situação	✓	
					14 Segregação de funções e responsabilidade das operações.	Cuidados Paliativos	Na área dos paliativos a requisição de exames são devidamente avaliados	✓	
	9 Recurso excessivo ou injustificado a Transporte de Doentes	Baixo	Alto	Moderado	15 Utilização da Aplicação da Gestão Integrada de Transportes de acordo com os normativos vigentes.	Cuidados Paliativos, SGD	Na área dos paliativos, os doentes têm condições clínicas para a requisição de transporte, dando a condição clínica.	✓	
10 Prescrição indevida de medicamentos					16 Cumprimento de normativas e procedimentos para requisição de transporte que obriguem ao cumprimento de um conjunto de validações/autorizações	Cuidados Paliativos, SGD	Não segregação de funções. Qualquer médico do serviço pode pedir uma vez que as condições clínicas do doente assim o exija.	✓	
					17 Registo de toda a medicação ao doente.	Cuidados Paliativos	É tudo devidamente registado eletronicamente	✓	
					18 Utilização da Prescrição eletrónica	Cuidados Paliativos	A SPHS faz audições aos medicamentos / Prescrições	✓	
Gestão Existências					19 Monitorizar se os consumos coincidem com a atividade do serviço	Cuidados Paliativos, Gestores, Serviços Farmacêuticos	Mesmo que assim a mais há controlo na farmácia. Dão medicamentos apenas para dois meses	✓	
					20 Registrar no sistema informático os consumos de material de consumo clínico e farmacêutico	Cuidados Paliativos	É efetuado	✓	
					21 Solicitar medicamentos aos Serviços Farmacêuticos através de Prescrição	Cuidados Paliativos	É efetuado	✓	
	11 Apropriação indevida de material	Média	Alto	Elevado	22 Monitorizar se os consumos coincidem com a atividade do serviço	Cuidados Paliativos, Gestores, Serviços Farmacêuticos	É efetuado	✓	
					23 Realizar periodicamente inventários		Os enfermeiros fazem o controlo dos stock. Avaliar a necessidade de implementação da Amizém	✗	2º Semestre de 2025
					24 Monitorização do cumprimento dos TMRG		Avançado e realizado de inventário anual. Há monitorização, mas pela falta de recursos a lista de espera é superior ao devolvido	✓	
Gestão da Lista de Espera de Consultas					25 Sensibilização dos colaboradores para a necessidade de cumprimento legal e dos procedimentos instituídos em matéria de listas de espera.	Cuidados Paliativos, Gestores	A atribuição de prioridade no momento de triagem, é efetuado de acordo com a avaliação/informação prestada pelo médico de família	✓	
					26 Publicitação interna de relatório com periodicidade mensal com indicação específicas sobre as listas de espera, garantindo transparência e escrutínio.		Atualizado diariamente para o portal do SNS.	✓	
					27 Resposta de todas as modificações nas listas de espera, através da resposta em suporte digital, com identificação da responsável pela alteração e respetivo motivo.	Cuidados Paliativos, Gestores, SIAS	Só há lugar a retriagem no caso de agravamento do estado clínico do doente	✓	
Proteção de dados pessoais					28 Eleborar e divulgar junto dos colaboradores o procedimento a seguir no que respeita à revelação de Dados Pessoais de saúde a familiares ou outros indivíduos.	Cuidados Paliativos, Gestores, SGD, EPD	Urgente é o detetor dos dados pessoais. É pedido ao doente a indicação do cuidador principal.	✓	
					29 Implementar restrição de acessos a informação clínica	Cuidados Paliativos, Gestores, SGD, SIAS, EPD	Consentimento informado	✓	
	13 Acesso e divulgação indevida de informação clínica dos utentes	Baixa	Alto	Moderado	30 Promover ações de formação no âmbito do RGPD	Cuidados Paliativos, Gestores, EPD	Consentimento implícito.	✓	
					31 Sensibilizar e divulgar junto dos colaboradores o Guia das Boas Práticas do RGPD.	Cuidados Paliativos, Gestores, EPD	Pedidos de relatórios através do RAI. Não dão informação a terceiros e não ser a pessoa indicada pelo doente. Por telefone não há informações e relatórios.	✓	

ÁREA/SERVIÇO: Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Endocrinologia

Unidade de Gestão da Medicina - Endocrinologia							Grau de Execução		Plano de Execução
Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização		
	1 Organização de função indefinida	Média	Alta	Elevado	1 Promover a existência de regulamento interno do serviço.	Endocrinologia: Gestor	Elaborar o Regulamento Interno	+	2º Semestre de 2025
					2 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no serviço, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	Endocrinologia	Têm Organograma.	+	
	2 Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Baixa	Alta	Moderado	3 Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a capacidade instalada, a atividade desenvolvida e o recurso a trabalho extracurricular/suplementar.	Endocrinologia	Pelo atividades	+	
					4 Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	Endocrinologia: CF	Pelo de formação	+	
Organização do Serviço	3 Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Baixa	Alto	Moderado	5 Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.	Endocrinologia	Designação SnelDoc de IT, Procedimentos e Protocolos de Acolhida	+	
					6 Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisões dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	Endocrinologia: CA SGO/SD	Implementados e em fase de reapreciação dos Documentos	+	2º Semestre de 2025
					7 Elaborar anualmente as propostas de planos de atividade para a contratualização interna, englobando a atividade assistencial, rendimentos, gastos e investimentos, e submeter à apreciação do Conselho de Administração.	Endocrinologia: Gestores, CA	Planos de Atividades é efetuado anualmente	+	
	4 Inexistência de controlo sobre a atividade desenvolvida	Média	Alto	Elevado	8 Assegurar a monitorização periódica de Contratações interna e elaboração dos relatórios de atividade de modo a identificar e corrigir, mediante medidas corretivas, possíveis desvios em relação ao orçamento ou às metas estabelecidas	Endocrinologia: Gestores, CA	É efetuada a monitorização no entanto por falta de RH não é possível elaborar o relatório de execução	+	2026
Atendimento ao Utilitário	5 Abuso de poder no contacto com os utentes	Baixa	Alto	Moderado	9 Divulgação do Código de Conduta da ULS RA	Endocrinologia	Divulgado na Intranet e no site Institucional	+	
Admissão doentes/ Produção/ Faturação/ alta administrativa	6 Produção não registada em tempo útil	Baixa	Alto	Moderado	10 Promover formação alargada aos profissionais sobre a qualidade no atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de situações de conflito.	Endocrinologia: CF	Pelo ação 2025	+	2º Semestre de 2025
					11 Manutenção de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividades/produção	Endocrinologia, SGO, SPOG Gestores	E efetuado no momento da consulta	+	
					12 Cumprimento de normativos e procedimentos para requisição de exames ao exterior que obtem o cumprimento de um conjunto de verbas/autorizações	Endocrinologia SGO, Gestores	Os MCDT's são adquiridos via Aproveitamento A prescrição é efetuada com as regras internamente estabelecidas	+	
					13 Segregação de funções e responsabilidades das operações.	Endocrinologia	Cumprida para exames ao exterior. Os MCDT's realizados pelo Serviço podem ser prescritos pelo realizador.	+	

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Execução	Prazo de Execução
Prescrição de medicamentos, MCDT e Transportes de doentes	8	Baixa	Alta	Moderado	14	Utilização da Aplicação de Gestão Integrada de Transportes de acordo com os normativos vigentes.	Endocrinologia, SGD	É efetuada	✓
					16	Cumprimento de normativos e procedimentos para requisição de transporte que obrigam ao cumprimento de um conjunto de validações/autorizações	Endocrinologia, SGD	É efetuada	✓
	9	Baixa	Alta	Moderado	18	Revisão da toda a medicação ao doente	Endocrinologia	É efetuada	✓
					17	Utilização de prescrição eletrónica	Endocrinologia, Serviços Farmacéuticos	É efetuada	✓
Gestão Existências	10	Média	Alto	Elevado	18	Monitorizar se os consumos coincidem com a atividade do serviço	Endocrinologia, Serviços Farmacéuticos	É efetuada	✓
					19	Registrar no sistema informático os consumos de material de consumo clínico e farmacéutico	Endocrinologia, Serviços Farmacéuticos, SCL	Não se aplica - Avaliar a possibilidade de criação de Armazéns Avariçados	✗
					20	Solicitar medicamentos aos Serviços Farmacéuticos através da prescrição	Endocrinologia	É efetuada	✓
					21	Monitorizar se os consumos coincidem com a atividade do serviço	Endocrinologia, Serviços Farmacéuticos, SCL, GEC	Não se aplica - Avaliar a possibilidade de criação de Armazéns Avariçados	✗
					22	Realizar periodicamente inventários	Endocrinologia, Gestores, Serviços Farmacéuticos, SCL, GEC	Não se aplica - Avaliar a possibilidade de criação de Armazéns Avariçados e a realização de inventários anuais	✗
					23	Assinatura de Declarações de inexistência de incompatibilidades, nos termos da legislação em vigor.	Endocrinologia, Gestores, Serviços Farmacéuticos, SCL, GEC	Cumprido	✓
	11	Baixa	Alta	Moderado	24	Sagração de funções e responsabilidades das funções.	Endocrinologia, Gestores, Serviços Farmacéuticos, SCL, GEC	Cumprido	✓
					25	Implementar um procedimento de avaliação de fornecedores	Endocrinologia, Gestores, Serviços Farmacéuticos, SCL, GEC	Não é efetuado porque não foi solicitado pelo SCL. Procedimento a implementar.	✗
					26	Elaborar um plano anual de compras que reflita as necessidades do serviço	Endocrinologia, Gestores, Serviços Farmacéuticos, SCL, GEC	Plano de investimentos	✓
					27	Monitorização do cumprimento dos TMRG	Endocrinologia, Gestores, Serviços Farmacéuticos, SCL, GEC	Plano de investimentos	✓
Gestão da Lista de Espera de Consultas	12	Baixa	Alto	Moderado	28	Sensibilização dos colaboradores para a necessidade de cumprimento legal e dos procedimentos instituídos em matéria de listas de espera.	Endocrinologia, Gestores	Troca emails entre o Gestor e o Diretor Serviço. São propostas medidas de contenção da LEC	✓
					29	Publicitação interna de relatório com periodicidade mensal com indicação específicas sobre as listas de espera, garantindo transparência e escalonamento.	Endocrinologia, Gestores	Intervenção poderá ser consultada no Power BI e externamente no Portal do SNS	✓



Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível de Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Execução	Prazo de Execução
Proteção de dados pessoais	Acesso e divulgação indevida de informação clínica dos utentes	Baixa	Alto	Moderado	30	Elaborar e divulgar junto dos colaboradores o procedimento a seguir no que respeita à revelação de Dados Pessoais de saúde e familiares ou outros indivíduos	Implementar um procedimento a nível do ULSSA. Existam regras no próprio serviço no entanto não existe procedimento escrito		2º Semestre de 2025
					31	Implementar restrição de acessos à informação clínica	Realizado pelo SIC através de atribuição de perfis específicos de acesso		
					32	Promover ações de formação no âmbito do RGPD	Cumprido		
					33	Sensibilizar e divulgar junto dos colaboradores o Guia das Boas Práticas do RGPD.	Divulgado no SmartDoc e via email às equipas. Realizada formação nesta área às equipas		

ÁREA/SERVIÇO: Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Hematologia

Unidade de Gestão da Medicina - Hematologia									
Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível de Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grado de Execução	Prazo de Execução
	1	Alta	Alto	Elevado	1	Promover a existência de regulamento interno do serviço	A elaborar		2º Semestre de 2025
					2	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no serviço, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	Em curso		
					3	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a capacidade instalada, a atividade desenvolvida e o recurso a trabalho extraordinário suplementar.			
					4	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais	Já é política do serviço.		
Organização do Serviço	3	Baixa	Alto	Moderado	5	Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.	Existência de protocolos de ito no GHAF		
					6	Garantir a supervisão, homologação, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	Existência de protocolos de ito no GHAF		
					7	Elaborar anualmente as propostas de planos de atividades para a contratualização interna, englobando e atividade assistencial, rendimentos, gastos e investimentos, a submeter à apreciação do Conselho de Administração	In documento de contratualização anual.		
					8	Assegurar a monitorização periódica da Contratualização interna e elaboração dos relatórios de atividade, de modo a identificar e corrigir, mediante medidas corretivas, possíveis desvios em relação ao orçamento ou às metas estabelecidas	In documento de contratualização anual.		
4	Inexistência de controlo sobre a atividade desenvolvida	Baixa	Alto	Moderado					

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Exatidão	Prazo de Execução
Acolhimento de Utentes	5 Abuso de poder no contacto com os utentes	Baixa	Alto	Moderado	9 Divulgação do Código da Conduta da ULS RA	Hematologia	É do conhecimento geral dos colaboradores. Encontra-se divulgado na intranet e no site Institucional	✓	
					10 Promover formação dirigida aos profissionais sobre a qualidade no atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de situações em situações de conflito.	Hematologia, CF	A alíça faz parte da formação base dos colaboradores	✓	
Admissão doentes/ Produção/ Faturação/ Alta administrativa	6 Produção não registada em tempo útil	Baixa	Alto	Moderado	11 Identificação de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividades/produção	Hematologia, SGD, SPCG Gestores	Os registos são efetuados no momento	✓	
					12 Cumprimento de normativos e procedimentos para requisição de exames ao exterior que obriguem ao cumprimento de um conjunto de validações/autorizações.	Hematologia, SGD, Gestores	O diretor do serviço assina os termos de responsabilidade.	✓	
Prescrição de medicamentos, MCDT e Transportes de doentes	7 Recurso excessivo ou injustificado a MCDT	Baixa	Alto	Moderado	13 Segregação de funções e responsabilidade das operações.	Hematologia	O diretor do serviço assina os termos de responsabilidade.	✓	
					14 Utilização de Aplicação de Gestão Integrada de Transportes de acordo com os normativos vigentes.	Hematologia, SGD		✓	
9 Prescrição indevida de medicamentos	8 Recurso excessivo ou injustificado a Transporte de Doentes	Baixa	Alto	Moderado	15 Cumprimento de normativos e procedimentos para requisição de transporte que obriguem ao cumprimento de um conjunto de validações/autorizações.	Hematologia, SGD		✓	
					16 Registo de toda a medicação ao doente.	Hematologia		✓	
10 Apropriação indevida de material	9 Prescrição indevida de medicamentos	Baixa	Alto	Moderado	17 Utilização de prescrição eletrónica	Hematologia		✓	
					18 Monitorizar se os consumos coincidem com a atividade do serviço	Hematologia, Gestores, Serviços Farmacêuticos		✓	
Gestão Existências	10 Apropriação indevida de material	Média	Alta	Elevado	19 Registrar no sistema informático os consumos de material de consumo clínico e farmacêutico	Hematologia	Não se aplica - Avaliar a possibilidade de criação de Armazéns Avançados	+	2026
					20 Solicitar medicamentos aos Serviços Farmacêuticos através de prescrição	Hematologia		✓	
Gestão da Lista de Espera de Consultas	11 Incumprimento dos TMRG da LEC	Baixa	Alta	Moderado	21 Monitorizar se os consumos coincidem com a atividade do serviço	Hematologia, Gestores, Serviços Farmacêuticos, SCL		✓	
					22 Realizar periodicamente inventários	Hematologia, Gestores, Serviços Farmacêuticos, SCL	Não se aplica - Avaliar a possibilidade de criação de Armazéns Avançados e a realização de inventários anuais.	+	2028
					23 Monitorização do cumprimento dos TMRG.	Hematologia, Gestores		✓	
					24 Sensibilização dos colaboradores para a necessidade de cumprimento legal e dos procedimentos instituídos em matéria de listas de espera	Hematologia, Gestores		✓	
					25 Publicitação interna de relação com periodicidade mensal com indicação específicas sobre as listas de espera, garantindo transparência e escalonamento;	Hematologia, Gestores	Atualização diária no portal SNS	✓	

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Avaliação	Prazo de Execução
Proteção de dados pessoais	Acesso e divulgação indevida da informação clínica dos clientes			26 Elaborar e divulgar, junto dos colaboradores o procedimento a seguir no que respeita à revelação de Dados Pessoais da saúde a familiares ou outros indivíduos.	Hematologia, Gestores, SGD, EPD		●	
				27 Implementar restrição de acessos e informação clínica	Hematologia, Gestores, SGD, SIAS, EPD		●	
				28 Promover ações de formação no âmbito do RGPD	Hematologia, Gestores, EPD		●	
				29 Sensibilizar e divulgar juntos dos colaboradores o Guia das Boas Práticas do RGPD	Hematologia, Gestores, EPD		●	

ÁREA/SERVIÇO: Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Infeciologia

Unidade de Gestão da Medicina - Infeciologia								
Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Avaliação	Prazo de Execução
Organização do Serviço	1 Organização da função indistinta	Média	Alto	1 Promover a existência de regulamento interno do serviço.	Infeciologia	Existente, carece de revisão e atualização.	●	2025-2027
				2 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no serviço, as quais deverão conter uma adequada delegação de funções.	Infeciologia	Existe alguma documentação, o é mencionado no Plano de atividades 2025, mas carece de revisão e concentração em documento único.	●	2025-2027
				3 Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a capacidade instalada, a atividade desenvolvida e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	Infeciologia	Sim, mas depende de autorização final do conselho de Administração.	●	
				4 Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais	Infeciologia, CF	Sim.	●	
	3 Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Baixa	Alto	5 Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente	Infeciologia	Sim.	●	
				6 Garantir a aprovação, homologação, publicação e dos registos dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	Infeciologia, CA, SGUSD	Sim, mas reuniões internas do Serviço.	●	
	4 Inexistência de controlo sobre a atividade desenvolvida	Baixa	Alto	7 Elaborar anualmente as propostas de planos de atividade para a contratualização interna, englobando a atividade assistencial, rendimentos, gastos e investimentos, a submeter à apreciação do Conselho de Administração	Infeciologia, Gestores, CA	Sim, mas os Planos de Atividade 2025 embora discutidos em reunião de contratualização não foram autorizados formalmente pelo Conselho de Administração.	●	2025-2027
				8 Assegurar a monitorização periódica da Contratualização interna e elaboração dos relatórios de atividade, de modo a identificar e corrigir, mediante medidas corretivas, possíveis desvios em relação ao orçamento ou às metas estabelecidas	Infeciologia Gestores, CA	Sim, mas de forma dispersa e relativa, pode ser melhorado de forma a garantir a apresentação sistemática e periódica de relatórios de execução e análise de indicadores.	●	2025-2027

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorizado	Class. de Risco	Prazo de Execução
Atendimento de Utentes	5 Feita na interligação entre aplicações	Baixa	Alto	Moderado	9 Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existam	Infectologia, SIAS	Sim.	✓	
	6 Abuso de poder no contacto com os utentes	Baixa	Alto	Moderado	10 Divulgação do Código de Conduta da ULS RA	Infectobiologia	O Código de Conduta foi divulgado e todos os colaboradores e encontra-se publicado na intranet e no site institucional	✓	
					11 Promover formação dirigida aos profissionais sobre a qualidade no atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de emoções em situações de conflito	Infectologia, CF	Sim	✓	
Admissão doentes/ Produção/ Faturação/ eia administrativa	7 Produção não registada, incorretamente registada (ex: sem a realização do respetivo ato), ou não registada na totalidade	Baixa	Alto	Moderado	12 Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventualidade de ocorrência destas situações;	Infectologia, SGD, SPCG, Gestores	Sim	✓	
	8 Produção não registada em tempo útil	Baixa	Alto	Moderado	13 Análise e revisão permanente de execução dos procedimentos de registo.	Infectologia, SGD, SPCG, Gestores	Sim	✓	
	9 Produção adicional realizada no período de trabalho normal.	Baixa	Alto	Moderado	14 Manutenção de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividade/produção.	Infectologia, SGD, SPCG, Gestores	Sim	✓	
					15 Definição de regras internas para a realização de produção adicional.	Infectobiologia, SGD, Gestores	Sim, existe e é cumprido o Regulamento da Produção Adicional.	✓	
Prescrição de medicamentos, MCDT e Transportes de doentes	10 Ausência ou erro administrativo incorreto	Baixa	Alto	Moderado	16 Monitorizar o horário de trabalho aprovado e a realização de produção adicional.	Infectologia, SGD, Gestores	Sim, existe e é cumprido o Regulamento da Produção Adicional.	✓	
					17 Sensibilização dos trabalhadores para procedimentos administrativos de alta e respetivas implicações (libertação de vagas para outros doentes, adequada gestão de agendas; deslocação indevida de doentes à instituição; otimização de recursos; minimização de custos com convocatórias indevidas)	Infectologia, SGD, Gestores	Sim.	✓	
	11 Recurso excessivo ou injustificado a MCDT	Baixa	Alto	Moderado	18 Cumprimento de normativos e procedimentos para requisição de exames ao exterior que obtemperem ao cumprimento de um conjunto de validações/autorizações.	Infectologia, SGD, Gestores	Sim	✓	
					19 Segregação de funções e responsabilidade das operações.	Infectologia	Sim, existe segregação de responsabilidades: contratação de fornecedores por Procedimento ao abrigo da Contratação Pública (Serviço Apoio Especializado) - requisição (médicos) - marcação e registo da excusão (Serviço Gestão de Doentes), e pagamento (S.Financieiros).	✓	
	12 Recurso excessivo ou injustificado a Transporte de Doentes	Baixa	Alto	Moderado	20 Utilização de Aplicação de Gestão Integrada de Transportes de acordo com os normativos vigentes.	Infectologia, SGD	Sim	✓	
					21 Cumprimento de normativos e procedimentos para requisição de transporte que obtemperem ao cumprimento de um conjunto de validações/autorizações.	Infectologia, SGD	Sim	✓	
	13 Prescrição indevida de medicamentos	Baixa	Alto	Moderado	22 Registo de toda a medicação ao doente.	Infectologia	Sim	✓	
					23 Utilização de prescrição eletrónica	Infectologia	Sim	✓	
					24 Monitorizar se os consumos coincidem com a atividade do serviço	Gestores, Serviços Farmacéuticos	Sim.	✓	

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Execução	Prazo de Encerramento
Gestão Existencial	14. Apropriação indevida de material	Médio	Alto	Elevado	25 Regular no sistema informático os consumos de material de consumo clínico e farmacêutico	Infectologia	Sim.	✓	
					26 Solicitar medicamentos aos Serviços Farmacêuticos através do prescrição	Infectologia	Sim.	✓	
					27 Monitorizar se os consumos coincidem com a entidade do serviço	Infectologia, Gestores, Serviços Farmacêuticos	Sim.	✓	
					28 Realizar periodicamente inventários	Infectologia, Gestores, Serviços Farmacêuticos, SCL	Avaliar a criação de armazém avançado da material de consumo clínico e promover a resolução de inventários anuais.	✓	2025
	15 Favorecimento de fornecedores por membros de comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratais que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento e material de consumo clínico				29 Assinatura de Declarações de Inexistência de incompatibilidades, nos termos da legislação em vigor.		Sim.	✓	
Gestão da Lista de Espera de Consultas	16 Incumprimento dos TMRG da LEC	Baixa	Alto	Moderado	30 Segregação de funções e responsabilidade das áreas.	Infectologia, Gestores, Serviços Farmacêuticos, SCL	Sim.	✓	
					31 Implementar um procedimento de avaliação de fornecedores		Sim, pode ser melhorado. Implementar procedimento	✓	2025
					32 Elaborar um plano anual de compras que reflita as necessidades do serviço		Sim.	✓	
					33 Monitorização do cumprimento dos TMRG.	Infectologia, Gestores	Sim	✓	
					34 Sensibilização dos colaboradores para a necessidade de cumprimento legal e dos procedimentos instituídos em matéria de listas de espera.	Infectologia, Gestores	Sim	✓	
Proteção de dados pessoais	17 Acesso e divulgação indevida de informação clínica dos utentes	Baixa	Alto	Moderado	35 Publicação interna de relatório com periodicidade mensal com indicações específicas sobre as listas de espera, garantindo transparência e escrutínio.	Infectologia, Gestores	Sim, nas reuniões de Serviço.	✓	
					36 Restrição de todas as modificações nas listas de espera, através de registo em suporte digital, com identificação do responsável pela alteração e respetivo motivo.	Infectologia, Gestores, SIMS	Sim	✓	
					37 Elaborar e divulgar junto dos colaboradores o procedimento a seguir no que respeita à revelação de Dados Pessoais de saúde e familiares ou outros indivíduos.	Infectologia, Gestores, SCD, EPD	Sim.	✓	
					38 Implementar restrição de acessos a informação clínica	Infectologia, Gestores, SCD, SIMS, EPD	Sim	✓	
					39 Promover ações de formação no âmbito do RGPD	Infectologia, Gestores, EPD	Sim.	✓	
					40 Sensibilizar e divulgar, juntos dos colaboradores e Gue das Boas Práticas do RGPD.	Infectologia, Gestores, EPD	Sim.	✓	

ÁREA/SERVIÇO: Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Medicina Física e Reabilitação (MFR)

Unidade de Gestão da Medicina - Medicina Física e Reabilitação									
Sub-Área de risco	Riscos identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Gravidade Execução	Prazo de Execução
Organização do Serviço	1 Organização da função indefinida	Média	Alto	Elevado	1 Promover a existência de regulamento interno do serviço.	MFR	Em curso		2025
					2 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no serviço, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	MFR	Existe alguma documentação, e é mencionado no Plano de atividades 2025, mas carece de revisão e concentração em documento único.		2025-2027
					3 Analisar periodicamente o quadro da pessoa, tendo em conta a capacidade intelectual, a atividade desenvolvida e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	MFR	Sim, mas depende da autorização final do Conselho de Administração.		
	2 Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Baixa	Alto	Moderado	4 Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	MFR, CF			
					5 Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.	MFR	Reunião de serviço semanal. A cada 6 meses reunião global do serviço.		
Atendimento de Utentes	3 Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Baixa	Alto	Moderado	6 Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	MFR, CA, SGQSD	Sim.		
					7 Elaborar anualmente as propostas de planos de atividade para a contratualização interna, englobando a atividade assistencial, rendimentos, gastos e investimentos, a submeter à apreciação do Conselho de Administração.	MFR, Gestores, CA	Sim, mas os Planos de Atividade 2025 embora discutidos em reunião de contratualização não foram autorizados formalmente pelo Conselho de Administração.		2025-2027
	4 Inexistência de controlo sobre a atividade desenvolvida	Baixa	Alto	Moderado	8 Assegurar a monitorização periódica da Contratualização interna e elaboração dos relatórios de atividade, de modo a identificar e corrigir, mediante medidas corretivas, possíveis desvios em relação ao orçamento ou às metas estabelecidas.	MFR, Gestores, CA	Sim, mas de forma dispersa e reléve. pode ser melhorado de forma a garantir a apresentação sistemática e periódica de relatórios de execução e análise de indicadores.		2025-2027
Atendimento de Utentes	5 Falha na interligação entre aplicações	Baixa	Alto	Moderado	9 Efetuar, com regularidade, o cruzamento da informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam, de modo a validar a coerência dos dados e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existirem.	MFR, SIAS	Sim.		
					10 Divulgação do Código de Conduta da ULS RA	MFR	O Código de Conduta foi divulgado a todos os colaboradores e encontra-se publicado na intranet e no site institucional		2025-2027
	6 Abuso de poder no contacto com os utentes	Baixa	Alto	Moderado	11 Promover formação alargada aos profissionais sobre a qualidade no atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de emoções em situações de conflito.	MFR, CF	Sim.		

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Médica/Monitorização	Gravidade Estimada	Prazo de Execução
Admissão doentes/ Produção/ Faturação/ alta administrativa	7 Produção não registada, incorretamente registada (ex. sem a realização do respetivo ato), ou não registada na totalidade	Baixa	Alto	Moderado	Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventualidade de ocorrência destas situações.	MFR, SGD, SPOG, Gestores	Sim.	✓	
	8 Produção não registada em tempo útil	Baixa	Alto	Moderado	Análise e revisão permanente de execução dos procedimentos de registo.		Sim.	✓	
	9 Produção adicional realizada no período de trabalho normal.	Baixa	Alto	Moderado	Manutenção de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo da atividade produzida.	MFR, SGD, Gestores	Sim.	✓	
	10 Ausência ou alta administrativa incorreta	Baixa	Alto	Moderado	Definição de regras internas para a realização de produção adicional.	MFR, SGD, Gestores	Sim, existe e é cumprido o Regulamento da Produção Adicional, quando aplicável.	✓	
	11 Recurso excessivo ou injustificado a alta	Baixa	Alto	Moderado	Monitorizar o horário de trabalho aprovado e a realização de produção adicional.	MFR, SGD, Gestores	Sim, existe e é cumprido o Regulamento da Produção Adicional, quando aplicável.	✓	
Prescrição de medicamentos, MCDT e Transportes de doentes	12 Recurso excessivo ou injustificado a alta	Baixa	Alto	Moderado	Sensibilização dos trabalhadores para procedimentos administrativos de alta e respetivas implicações (libertação de vagas para outros doentes; adequada gestão de agendas; deslocação indevida de doentes à instituição; otimização de recursos; minimização de custos com convocatórias indevidas)	MFR, SGD, Gestores	Praticado corretamente com regularidade.	✓	
	13 Prescrição indevida de medicamentos	Baixa	Alto	Moderado	Cumprimento de normativos e procedimentos para recusação de exames ao exterior que obtemperem o cumprimento de um conjunto de validações/autorizações.	MFR, SGD, Gestores	Sim.	✓	
	14 Apropriação indevida de material	Baixa	Alto	Moderado	Segregação de funções e responsabilidade das operações.	MFR	Sim.	✓	
	15 Recurso excessivo ou injustificado a alta	Baixa	Alto	Moderado	Utilização de Aplicação de Gestão integrada de Transportes de acordo com os normativos vigentes.	MFR	Sim.	✓	
	16 Recurso excessivo ou injustificado a alta	Baixa	Alto	Moderado	Cumprimento de normativos e procedimentos para recusação de exames ao exterior que obtemperem o cumprimento de um conjunto de validações/autorizações.	MFR	Sim.	✓	
Gestão Existências	17 Prescrição indevida de medicamentos	Baixa	Alto	Moderado	Registo de toda a medicação ao doente.	MFR	Sim.	✓	
	18 Prescrição indevida de medicamentos	Baixa	Alto	Moderado	Utilização de prescrição eletrónica	MFR	Sim.	✓	
	19 Prescrição indevida de medicamentos	Baixa	Alto	Moderado	Monitorizar se os consumos coincidem com a atividade do serviço	MFR, Gestores, Serviços Farmacéuticos	Sim.	✓	
	20 Prescrição indevida de medicamentos	Baixa	Alto	Moderado	Registrar no sistema informático os consumos de material de consumo clínico e farmacêutico	MFR	Sim.	✓	
	21 Prescrição indevida de medicamentos	Baixa	Alto	Moderado	Solicitar medicamentos aos Serviços Farmacéuticos através de prescrição	MFR	Sim.	✓	
Gestão Existências	22 Apropriação indevida de material	Baixa	Alto	Moderado	Monitorizar se os consumos coincidem com a atividade do serviço	MFR	Sim.	✓	
	23 Apropriação indevida de material	Baixa	Alto	Moderado	Realizar periodicamente inventários	MFR, Gestores, Serviços Farmacéuticos	OK pode ter melhorias	✓	
	24 Apropriação indevida de material	Baixa	Alto	Moderado	Realizar periodicamente inventários	MFR, Gestores, Serviços Farmacéuticos	OK pode ter melhorias. Avaliar a possibilidade de criação de armazéns avançados e promover a realização de inventários anuais.	✓	2025

Sub-área de risco	Riscos identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Execução	Prazo de Execução
Gestão Existências	Favorecimento de fornecedores por membros de comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais que participem na escolha avaliação, emissão de normas e orientações da cânticar clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento e material de consumo clínico	Baixa	Alto	Moderado	29 Assinatura de Declarações de inexistência de incompatibilidades, nos termos da legislação em vigor.	MFR, Gestores, Serviços Farmacêuticos, SCL	Sim	✓	
					30 Segregação de funções e responsabilidade das tarefas dos fornecedores		Sim	✓	
					31 Implementar um procedimento de avaliação de fornecedores		Sim, pode ser melhorado. Procedimento a implementar	✗	2026
					32 Elaborar um plano anual de compras que reflita as necessidades do serviço		Sim.	✓	
Gestão da Lista de Espera de Consultas	Incumprimento dos TMRG da LEC	Baixa	Alto	Moderado	33 Monitorização do cumprimento dos TMRG.	MFR, Gestores	Sim	✓	
					34 Sensibilização dos colaboradores para a necessidade de cumprimento legal e dos procedimentos instituídos em matéria de listas de espera.	MFR, Gestores	Sim	✓	
					35 Publicação interna do relatório com periodicidade mensal com indicações específicas sobre as listas de espera, garantindo transparência e escrutínio.	MFR, Gestores	É divulgado nas reuniões de serviço	✓	
					36 Rastreabilidade de todas as modificações nas listas de espera, através de registo em suporte digital, com identificação do responsável pela alteração e respetivo motivo	MFR, Gestores, SIAS	sim (Serviço Gestão de Doentes)	✓	
Proteção de dados pessoais	Acesso e divulgação indevida da informação clínica dos utentes	Baixa	Alto	Moderado	37 Elaborar e divulgar junto dos colaboradores o procedimento a seguir no que respeita à revelação de Dados Pessoais de saúde e familiares ou outros indivíduos	MFR, Gestores, SGD, EPD	Efetuada com a DPO da ULRA, a melhorar divulgação junto aos colaboradores nas reuniões	✓	
					38 Implementar restrição de acessos a informação clínica	MFR, Gestores, SGD, SIAS, EPD	Sim	✓	
					39 Promover ações de formação no âmbito do RGPD	MFR, Gestores, EPD	Sim	✓	
					40 Sensibilizar e divulgar junto dos colaboradores a Guia das Boas Práticas do RGPD.	MFR, Gestores, EPD	Sim	✓	

ÁREA/SERVIÇO: Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Medicina Interna

Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Medicina Interna									
Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Previsão	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação/ Monitorização	Nível de Execução	Prazo de Execução
	1	Organização da função indefinida	Alta	Alto	Elevado	1	Promover a existência de regulamento interno do serviço	Medicina Interna, Gestor	Em elaboração
	2	Quadro de pessoal inadequado, insuportante ou pouco qualificado	Baixa	Alto	Moderado	2	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no serviço, as quais deverão contemplar uma adequada segregação das funções.	Medicina Interna	Em elaboração
	3					3	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a capacidade instalada, e atividade extraordinária/suplementar.	Medicina Interna	Plano atividades
	4					4	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	Medicina Interna, CF	Plano de formação
Organização do Serviço	5					5	Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente	Medicina Interna	Divulgação SmallDoc de IT, Procedimentos e Protocolos de Atuação
	6	Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Alta	Alto	Elevado	6	Gerir a aprovação, homologação, publicação e revisões dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	Medicina Interna, CA, SGOSD	Implementar
	7					7	Elaborar anualmente as propostas de planos de atividade para a contratação interna, englobando a atividade assistencial, rendimentos, gastos e investimentos, e submeter à apreciação do Conselho de Administração	Medicina Interna, Gestores, CA	Planos de Atividades
	8	Inexistência de controlo sobre a atividade desenvolvida	Média	Alto	Elevado	8	Assurar a monitorização periódica da Contratação interna e elaboração dos relatórios de atividade de modo a identificar e corrigir, mediante medidas corretivas, possíveis desvios em relação ao orçamento ou às metas estabelecidas	Medicina Interna, Gestores, CA	Implementar
Atendimento de Utilizadores	9	Falta na interação entre aplicações	Baixa	Alto	Moderado	9	Elaborar, com regulamentação, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam, de modo a evitar a ocorrência de dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existirem.	Medicina Interna, SIAS	Auditorias internas mensais pelo SIE aos dados de enfermagem
	10					10	Divulgação do Código de Conduta da ULS RA	Medicina Interna	Divulgado no site institucional e na intranet
	11	Abuso de poder no contacto com os utilizadores	Baixa	Alto	Moderado	11	Promover formação alargada aos profissionais sobre a qualidade no atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de emoções em situações de conflito.	Medicina Interna, CF	Plano ação 2025

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Status	Plano de Emergência
Administração de doentes/ Produção/ Funções/ alta administrativa	7	Produção não registada, incorretamente registada (ex. sem a realização do respetivo ato), ou não registada na totalidade	Baixa	Alto	Moderado	12	Implementação de mecanismos de controlo para reatir e mitigar a eventualidade de ocorrência destas situações.		Atuais os SGD são emitidos alertas quando os campos estão indevidamente preenchidos da área médica. Na área da enfermagem são emitidos alertas do J.Nuco SIE.
						13	Análise e revisão permanente da execução dos procedimentos da registo.		Análise mensal das não conformidades, e formação contínua de melhoria perante o plano de formação
	8	Produção não registada em tempo (ul	Baixa	Alto	Moderado	14	Manutenção de procedimentos que garantem o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividade / redução.		Não existem procedimentos institucionais nem do Serviço
	9	Ausência ou alta administrativa incorreta	Baixa	Alto	Moderado	16	Sensibilização dos trabalhadores para procedimentos administrativos de alta e respetivas implicações (libertação de vagas para outros doentes; adequação gestão da agenda; deslocação imediata de doentes à instituição; atualização de recursos; minimização de custos com convalescenças idênticas)		A gestão da agenda é da competência da EGA em conjunto a Direção do Serviço. A gestão das altas é elaborada pelo Serviço. A gestão de agendas de consultas é da competência do SGD. As agendas elaboradas pelos gestores com a direção do serviço são minimizadas.
Prescrição de medicamentos, MCDT e Transportes de doentes	10	Recurso excessivo ou injustificado a MCDT	Baixa	Alto	Moderado	18	Cumprimento de normativas e procedimentos para requisição de exames ao exterior que obtem o cumprimento de um conjunto de regras/autorizações.		Os MCDT's são adquiridos via Aprovisionamento. A prescrição é elaborada com as regras interno das estabelecidas
						17	Superação de funções e responsabilidade das operações.		Cumprida para exames ao exterior
	11	Recurso excessivo ou injustificado a Transporte de Doentes	Baixa	Alto	Moderado	19	Utilização da Aplicação da Gestão Integrada da Transportes de acordo com os normativos vigentes. Cumprimento de normativas e procedimentos para requisição de transporte que obtem o cumprimento de um conjunto de regras/autorizações.		É elaborada
						20	Registo de toda a medicação ao doente.		É elaborada
Gestão Existências	12	Prescrição indevida de medicamentos	Baixa	Alto	Moderado	21	Utilização de prescrição eletrónica		É elaborada
						22	Monitorizar se os consumos coincidem com a atividade do serviço		É elaborada
						23	Registar no sistema informático os consumos de material de consumo clínico e farmacêutico		É elaborada
						24	Solicitar medicamentos aos Serviços Farmacêuticos através de prescrição		É elaborada
Gestão Existências	13	Apropriação indevida de materiais	Baixa	Alto	Moderado	25	Monitorizar se os consumos coincidem com a atividade do serviço		É elaborada
						26	Realizar periodicamente inventários		Inventário de base é efetuado pelo Aprovisionamento. O Serviço efetua trimestralmente o inventário da medicação. Mensalmente é realizado o inventário de terapêutica de emergência.
						27	Assinatura de Declarações de Inexistência de incompatibilidades, nos termos da legislação em vigor.		Cumprido
	14	Favorecimento de fornecedores por membros de comissões, de grupos de trabalho, de jris de procedimentos pre-contratadas que participem na escolha, avaliação, emissão de normas e anexos de carácter clínico, elaboração de formulários, nas áreas de medicamento e material de consumo clínico	Baixa	Alto	Moderado	28	Segregação de funções e responsabilidade das áreas de		Cumprido
						29	Implementar um procedimento de avaliação de fornecedores		Procedimento a implementar
						30	Elaborar um plano anual de compras que reflita as necessidades do serviço		Plano de investimentos

Sub-área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Execução	Prazo de Execução
Gestão da Lista de Espera de Consultas	Incumprimento dos TMRG da LEC	Baixa	Alto	Moderado	31	Monitorização do cumprimento dos TMRG.	A Marcação das Primeiras Consultas é da responsabilidade do SGD.	✓	
					32	Sensibilização dos colaboradores para a necessidade de cumprimento legal e dos procedimentos instituídos em matéria de listas de espera.	Troca emails entre o Gestor e o Diretor Serviço. São tomadas medidas de contenção da LEC nomeadamente, contratação de mais recursos e a realização de consulta educacional. São tomadas outras medidas de tratamento dos doentes para primeiras consultas como a realização de consultas aos médicos das CSP e Telemedicina	✓	
					33	Publicação interna de relatório com periodicidade mensal com indicação específicas sobre as listas de espera, garantindo transparência e escrutínio.	Medicina Interna, Gestores		
Proteção de dados pessoais	Acesso e divulgação indevida da informação clínica dos utentes	Baixa	Alto	Moderado	34	Elaborar e divulgar, junto dos colaboradores o procedimento a seguir no que respeita à revelação de Dados Pessoais de saúde e familiares ou outros indivíduos.	Medicina Interna, Gestores, SGD, EPD	✓	
					35	Implementar restrição de acessos à informação clínica	Medicina Interna, Gestores, SGD, SIAS, EPD	✓	
					36	Promover ações de formação no âmbito do RGPD	Realizado pelo SIC através de atribuição de perfis específicos de acesso	✓	
					37	Sensibilizar e divulgar junto dos colaboradores o Guia das Boas Práticas do RGPD	Cumprido	✓	
							Divulgado no SmartDoc	✓	

ÁREA/SERVIÇO: Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional (MTSO)

Sub-Área de risco		Riscos identificados		Unidade de Gestão da Medicina - Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional			Medidas Preventivas		Serviço Responsável		Implementação/Monitorização		Data de Encerramento	
				Probabilidade	Impacto	Índice								
Organização do Serviço	1	Organização da função indefinida	Baixa	Alto	Moderado		1	Promover a existência da regulamentação interno do serviço.	MTSO		Revisão do atual regulamento interno do serviço	✓		2027
							2	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no serviço, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	MTSO		Existir alguma documentação, e a definição das atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no serviço é mencionada no Plano de trabalho 2023, mas carece de revisão e concentração em documento único. Em curso a aprovação dos horários de trabalho da equipe médica, nomeadamente internos ainda em falta.			2025-2027
	2	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Baixa	Alto	Moderado		3	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a capacidade instalada, a atividade desenvolvida e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	MTSO		Já é realizada a análise periódica do quadro pessoal, sendo apresentada no plano anual da atividade para a atualização interna submetida e apreciação do CA, mas depende de autorização final do Conselho de Administração.	✓		
							4	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	MTSO CF		Elaboração de plano de formação anual	✓		
	3	Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Baixa	Alto	Moderado		5	Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.	MTSO		Elaboração e revisão de procedimentos e instruções de trabalho	✓		
							6	Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	MTSO, CA, SQSD		Elaboração e revisão de procedimentos e instruções de trabalho são analisados pelo Gabinete de Qualidade e aprovados pelo CA.	✓		
	4	Inexistência de controlo sobre a atividade desenvolvida	Baixa	Alto	Moderado		7	Elaborar anualmente as propostas de planos de atividade para a contraatualização interna, englobando a atividade assistencial, rendimentos, gastos e investimentos, a submeter à apreciação do Conselho de Administração.	MTSO, Gestores, CA		Elaboração anual do plano de atividade para a contraatualização interna submetida e apreciação do CA.	✓		Trimestral para monitorização da atividade clínica assistencial e anual para o Relatório de Execução.
Atendimento da Utilizadores	5	Falta na interligação entre aplicações	Baixa	Alto	Moderado		8	Assegurar a monitorização periódica da Contraatualização interna e elaboração dos relatórios de atividade, de modo a identificar e corrigir, mediante medidas corretivas, possíveis desvios em relação ao orçamento ou às metas estabelecidas.	MTSO, Gestores, CA		Monitorização trimestral da atividade. Elaboração de relatório de atividade.			
							9	Elaborar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam, de modo a validar e corrigir os dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existirem.	MTSO, SIAS		Ligação entre H2ST (software utilizado no SMTSO) com o RHV (software utilizado no SRH).	✓		
	6	Abuso de poder no contacto com os utentes	Baixa	Alto	Moderado		10	Divulgação do Código de Conduta da ULS RA	MTSO		Divulgação na Intranet do Código de Conduta sempre que é reviso e nas formações de Prevenção de Violência contra Profissionais	✓		
							11	Promover formação alargada aos profissionais sobre a qualidade no atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de emergências em situações de conflito	MTSO, CF		Formações anuais em Prevenção da Violência contra Profissionais (GCI) e Gestão de Conflitos (Psiquiatria)	✓		

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação/ Medidas/Monitorização	Gravidade	Prazo de Execução
Admissão doentes/ Produção/ Faturação/ alta administrativa	7 Produção não registada, incorretamente registada (ex. sem a realização do respetivo etc), ou não registada na totalidade	Baixa	Alto	Moderado	Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventualidade de ocorrência destas situações.	MTSO, SGD, SPCG Gestores	Sim.	✓	
	13				Análise e revisão periódica da execução dos procedimentos de registo	MTSO, SGD, SPCG Gestores	Sim	✓	
	8 Produção não registada em tempo útil	Baixa	Alto	Moderado	Manutenção de procedimentos que garantem o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividades/produção.	MTSO, SGD, SPCG Gestores	Sim	✓	
	9 Ausência ou alta administrativa incorreta	Baixa	Alto	Moderado	Sensibilização dos trabalhadores para procedimentos administrativos de alta e respetivas implicações (licitação de regras para outros doentes; adequada gestão de agendas; deslocação intencional de doentes à instituição; diminuição de recursos; minimização de custos com convocatórias móveis)	MTSO, SGD, Gestores	Sensibilização da equipa durante as reuniões de Serviço	✓	
	10 Recurso excessivo ou injustificado a MCDT	Baixa	Alto	Moderado	Cumprimento de normativos e procedimentos para requisição de exames ao exterior que obrigam ao cumprimento de um conjunto de validações/autorizações.	MTSO, SGD, Gestores	Requisições de exames ao exterior obrigam assinatura da Direção de Serviço	✓	
Prescrição de medicamentos, MCDT e Transportes de doentes	17	Baixa	Alto	Moderado	Segregação de funções e responsabilidade das operações.	MTSO	Sim, existe segregação de responsabilidades: contratação de fornecedores por Procedimento ao abrigo da Contabilidade Pública (Serviço Aproximadamente), marcação e registo de execução (Serviço Gestão de Doentes), e pagamento (S. Financeiros)	✓	
	18				Registo de toda a medicação ao doente.	MTSO	Revisão da medicação do trabalhador em todas as consultas programadas (exames médicos de emissão, inicial e periódicos)	✓	
	19	Baixa	Alto	Moderado	Utilização de prescrição eletrónica	MTSO	Já é utilizada a prescrição eletrónica	✓	
	20				Monitorizar se os consumos coincidem com a atividade do serviço	MTSO, Gestores, Serviços Farmacéuticos	Sim.	✓	
	21				Registar no sistema informático os consumos de material de consumo clínico e farmacêutico	MTSO	Registo no Chief	✓	
Gestão Existências	22				Solicitar medicamentos aos Serviços Farmacéuticos através da inscrição	MTSO	Registo no Chief	✓	
	23		Alto	Elevado	Monitorizar se os consumos coincidem com a atividade do serviço	MTSO, Gestores, Serviços Farmacéuticos	Sim	✓	
	24				Realizar periodicamente inventários	MTSO, Gestores, Serviços Farmacéuticos, SCL	Elaboração da instrução de trabalho para inventariamento de material de consumo clínico e farmacêutico. Avaliar a criação de armazéns emergenciais e inventários anuais.	✗	2026
	25				Assinatura de Declarações de inexistência de incompatibilidades, nos termos da legislação em vigor.		Já é realizada a Declaração de inexistência de incompatibilidade sempre que um elemento clínico é membro da Juri de procedimentos de Contratação Pública	✓	
	26				Segregação de funções e responsabilidade das operações.	MTSO, Gestores, Serviços Farmacéuticos	Sim.	✓	
13	Favorecimento de fornecedores por membros de comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, elaboração de formulários, nas áreas de medicamento e material de consumo clínico	Baixa	Alto	Moderado	Implementar um procedimento de avaliação de fornecedores	MTSO, Gestores, SCL	Sim, pode ser melhorado. Procedimento a implementar	✗	2026
					Elaborar um plano anual de compras que reflita as necessidades do serviço		Elaboração de plano de investimento no Plano de Atividades para a contratualização interna submeida a aprovação do CA.	✓	

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Execução	Prazo de Execução
Proteção de dados pessoais	Acesso e divulgação indevida de informação clínica dos doentes	Baixa	Alto	Moderado	29	Elaborar e divulgar junto dos colaboradores o procedimento a seguir no que respeita à revelação de Dados Pessoais de saúde a familiares ou outros indivíduos.	Sim	✓	
					30	Implementar restrição de acessos à informação clínica	Sim.	✓	
					31	Promover ações de formação no âmbito do RGPD	Formações promovidas pela DPO.	✓	
					32	Sensibilizar e divulgar junto dos colaboradores o Guia das Boas Práticas do RGPD.	Sim.	✓	

ÁREA/SERVIÇO: Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Neurologia

Unidade de Gestão da Medicina - Neurologia									
Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Execução	Prazo de Execução
Organização do Serviço	1	Organização da função indefinida	Baixa	Alto	1	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	Neurologia		2º Semestre de 2025
					2	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no serviço, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	Neurologia		
	2	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Baixa	Alto	3	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a capacidade instalada, a atividade desenvolvida e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar	Neurologia	Plano de atividades	
					4	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	Neurologia, CF	Plano de formação-email enviado com o plano para aprovação a 14.01.2025	
	3	Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Baixa	Alto	5	Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.	Neurologia	Divulgação SmallDoc de IT, Procedimentos e Protocolos de Atuação	
					6	Gerir e aprovar, homologar, publicar e rever os regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	Neurologia, CA, SGQSD	Divulgação SmallDoc de IT, Procedimentos e Protocolos de Atuação	
	4	Inexistência de controlo sobre a atividade desenvolvida	Baixa	Alto	7	Elaborar anualmente as propostas de planos de atividade para a concretização interna, englobando a atividade assistencial, investimentos, gestão e investimentos, a submeter à apreciação do Conselho de Administração	Neurologia, Gestores, CA	Planos de Atividades e Relatórios de Gestão	
					8	Assegurar a monitorização periódica da Contribuição interna e elaboração dos relatórios de atividade, de modo a identificar e corrigir, mediante medidas corretivas, possíveis desvios em relação ao orçamento ou às metas estabelecidas	Neurologia, Gestores, CA	Relatórios de atividades sem execução	

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Execução	Prazo de Execução
Atendimento de Utentes	5 Falha na interação entre aplicações	Baixa	Alto	Moderado	Elaborar, com regularidade, o cruzamento da informação proveniente das diferentes aplicações que se integram, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar relações de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existam.	Neurologia, SIAS	Auditorias internas mensais pelo SIÉ aos dados de enfermagem nos dias 14-01-11-02-11-03-06-05	✓	
	6 Abuso de poder no contacto com os utentes	Baixa	Alto	Moderado	Divulgação do Código de Conduta da ULIS RA	Neurologia	Divulgação no Intranet e no site Institucional	✓	
	7 Produção não registada, incorretamente registada (ex. sem a realização do respetivo ato), ou não registada na totalidade	Baixa	Alto	Moderado	Promover formação alargada aos profissionais sobre a qualidade no atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de emoções em situações de conflito.	Neurologia, CF	O serviço de formação da ULISRA ainda não disponibilizou formações sobre estes temas	2º Semestre de 2025	
	8 Produção não registada em tempo útil	Baixa	Alto	Moderado	Implementação de mecanismos de controlo para restabelecer e mitigar a eventualidade de ocorrência destas situações.	Neurologia, SGD, SPCG, Gestores	Aurevis do SGD são emitidos alertas quando dos campos estão indevidamente preenchidos da área médica. Na área de enfermagem são emitidos alertas do grupo SIÉ.	✓	
Admissão doentes/ Produção/ Faturação/ alta administrativa	9 Ausência ou alta administrativa incorreta	Baixa	Alto	Moderado	Análise e revisão permanente da execução dos procedimentos de registo.	Neurologia, SGD, SPCG, Gestores	Análise periódica das não conformidades pelos SIÉ, e formação contínua de melhoria, patente no plano da formação e nas auditorias realizadas institucionalmente	✓	
	10 Recurso excessivo ou injustificado a MCDT	Baixa	Alto	Moderado	Manutenção de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividades/produção.	Neurologia, SGD, SPCG, Gestores	Não existem procedimentos institucionais nem do Serviço	2026	
Prescrição de medicamentos, MCDT e Transportes de doentes	11 Recurso excessivo ou injustificado a MCDT	Baixa	Alto	Moderado	Sensibilização dos trabalhadores para procedimentos administrativos de alta e respetivas implicações (libertação de vagas para outros doentes; adequação gestão de agendas; deslocação indevida de doentes à Instituição; diminuição de recursos; manutenção de custos com conexões indevidas)	Neurologia, SGD, Gestores	A gestão de camas é da competência da EGA em conjunto a Direção do Serviço. A gestão das altas é efetuada pelo Serviço. A Gestão de agendas de consultas é de competência do SGD. As agendas elaboradas pelos gestores com a direção do serviço são maximizadas.	✓	
	12 Prescrição incorreta de medicamentos	Baixa	Alto	Moderado	Cumprimento de normativos e procedimentos para requisição de exames ao exterior que obtemem ao cumprimento de um conjunto de validações/autorizações.	Neurologia, SGD, Gestores	Os MCDT's são adicionados via Aproximamento. A prescrição é efetuada com as regras internamente estabelecidas	✓	
	13 Recurso excessivo ou injustificado a MCDT	Baixa	Alto	Moderado	Segregação de funções e responsabilidade das operações.	Neurologia	Cumprida para exames ao exterior. Os MCDT's realizados pelo Serviço podem ser prescritos pelo recebedor.	✓	
	14 Recurso excessivo ou injustificado a MCDT	Baixa	Alto	Moderado	Utilização de Aplicação de Gestão Integrada de Transportes de acordo com os normativos vigentes.	Neurologia, SGD	É efetuada	✓	
	15 Recurso excessivo ou injustificado a MCDT	Baixa	Alto	Moderado	Cumprimento de normativos e procedimentos para requisição de transporte que obtemem ao cumprimento de um conjunto de validações/autorizações.	Neurologia, SGD	É efetuada	✓	
	16 Recurso excessivo ou injustificado a MCDT	Baixa	Alto	Moderado	Registo de toda a medicação ao doente	Neurologia	É efetuada validação nos planos de trabalho no clínico e no GHAF	✓	
Prescrição de medicamentos, MCDT e Transportes de doentes	17 Prescrição incorreta de medicamentos	Baixa	Alto	Moderado	Utilização de prescrição eletrónica	Neurologia	É efetuada pelo sistema GHAF e clínico	✓	
	18 Prescrição incorreta de medicamentos	Baixa	Alto	Moderado	Monitorizar se os consumos coincidem com a atividade do serviço	Neurologia, Gestores, Serviços Farmacêuticos	É efetuada. Clínico e GHAF	✓	

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Estado de Execução	Prazo de Execução
Gestão Existência	13 Apropriação indevida de material	Baixa	Alto	Moderado	23 Registrar no sistema informático os consumos de material de consumo clínico a farmacêutico	Neurologia	É efetuada a avaliação dos consumos de material de consumo clínico a farmacêutico	✓	
					24 Solicitar medicamentos aos Serviços Farmacêuticos através de prescrição	Neurologia	É efetuada pelos serviços GHAF	✓	
					25 Monitorizar se os consumos coincidem com a atividade do serviço		É efetuada pelo sistema GHAF em parceria com os responsáveis dos diferentes armazéns	✓	
					26 Realizar periodicamente inventários		Inventário de bens é efetuado pelo Aprovisionamento. O Serviço efetua trimestralmente o inventário da medicação.	✓	
					27 Implementar um procedimento de avaliação da fornecedores	Neurologia, Gestores, Serviços Farmacêuticos, SCL	Procedimento a implementar	✗	2026
Gestão da Lista de Espera de Consultas	14 Favorecimento de fornecedores por membros de comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento e material de consumo clínico	Baixa	Alto	Moderado	28 Elaborar um plano anual de compras que reflita as necessidades do serviço		Plano de investimentos	✓	
					29 Monitorização de cumprimento dos TMRG.	Neurologia Gestores	A Marcação das Primeiras Consultas é da responsabilidade do SGD.	✓	
					30 Sensibilização dos colaboradores para a necessidade de cumprimento legal e dos procedimentos instituídos em matéria de listas de espera	Neurologia, Gestores	Troca emails entre o Gestor e o Diretor Serviço. São propostas medidas de melhoria da LEC. nomeadamente, contratação de mais recursos. São tomadas outras medidas de tratamento dos pedidos para primeiras consultas como a realização de consultoria aos médicos dos CSP	✓	
					31 Publicitação interna de relatório com periodicidade mensal com indicação específicas sobre as listas de espera garantindo transparência e escrutínio;	Neurologia, Gestores		✗	
					32 Rastreabilidade de todas as modificação nas listas de espera, através do registo em suporte digital, com identificação do responsável pela alteração e respetivo motivo	Neurologia, Gestores, SIAS	Um sistema com estas características não tem aplicabilidade prática num Serviço com carência de pessoal. Seria necessária disponibilidade total para assegurar esta função	✗	
Proteção de dados pessoais	15 Incumprimento dos TMRG de LEC	Média	Alto	Elevado	33 Elaborar e divulgar junto dos colaboradores o procedimento a seguir no que respeita à revelação de dados pessoais de saúde a familiares ou outros indivíduos.	Neurologia, Gestores, SGD, EPD		✗	2º Semestre de 2025
					34 Implementar restrição de acessos à informação clínica	Neurologia, Gestores, SGD, SIAS, EPD	Realizado pelo SIC através de embaçoamento de perfis específicos de acesso	✓	
					35 Promover ações de formação no âmbito do RGPD	Neurologia, Gestores, EPD	Foram promovidas várias ações	✓	
					36 Sensibilizar e divulgar junto dos colaboradores o Guia das Boas Práticas do RGPD.	Neurologia, Gestores, EPD	Envio de email a todos os elementos da equipa da TMS, enfermeiros e Médicos com o guia para informação adicional	✓	

ÁREA/SERVIÇO: Unidade de Gestão da Medicina (UGM) - Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD)

Unidade de Gestão da Medicina - Unidade de Hospitalização Domiciliária											
Sub-Área de risco		Riscos Identificados		Probabilidade	Impacto	Alerta	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Avaliação	Prazo de Execução
Organização do Serviço	1	Organização da função indefinida	Baixo	Alto	Moderado	1	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	UHD, Gestor		✓	
						2	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no serviço, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	UHD		✓	
						3	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a capacidade instalada, a atividade desenvolvida e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	UHD	Plano atividades	✓	
	2	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Baixo	Alto	Moderado	4	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	UHD, CF	Plano de formação	✓	
						5	Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.	UHD	Divulgação SmallDoc de IT, Procedimentos e Protocolos de Atuação	✓	
3	Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Baixo	Alto	Moderado	6	Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	UHD, CA, SGQSD	Implementados e em fase de reaprovação dos Documentos		✓	2025
						7	Elaborar anualmente as propostas de planos de atividade para a contributividade interna, englobando a atividade assistencial, rendimentos, gastos e investimentos, a submeter à apreciação do Conselho de Administração.	UHD, Gestores, CA	Planos de Atividades e Relatórios de Gestão	✓	
4	Inexistência de controlo sobre a atividade desenvolvida	Baixo	Alto	Moderado	8	Assegurar a monitorização periódica da Contributividade interna e elaboração dos relatórios de atividade, de modo a identificar e corrigir, mediante medidas corretivas, possíveis desvios em relação ao planeamento ou às metas estabelecidas.	UHD, Gestores, CA	Realizados Atividades sem execução		✓	
5	Falta na interação entre aplicações	Baixo	Alto	Moderado	9	Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se mantêm, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, tendo estes existam.	UHD, SIAS	Auditorias internas mensais pelo SIE aos dados de enfermagem		✓	
Atendimento de Utentes					10	Divulgação do Código de Conduta de ULS RA	UHD	Publicado no site institucional e na intranet		✓	
	6	Abuso de poder no contacto com os utentes	Baixo	Alto	Moderado	11	Promover formação alargada aos profissionais sobre a qualidade no atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de emoções em situações de conflito.	UHD, CF	Plano ação 2025		✓
Admissão doentes/ Produção/ Faturação/ alta administrativa						12	Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventualidade de ocorrência de tais situações.	UHD, SGD, SFCG Gestores	Através do SGD são emitidos alertas quando dos campos estão indevidamente preenchidos da área médica. Na área de enfermagem são emitidos alertas do grupo SIE.	✓	
	7	Produção não registada, incorretamente registada (ex. sem a realização do respetivo ato), ou não registada na totalidade	Baixo	Alto	Moderado	13	Análise e revisão permanente da execução dos procedimentos de registo.	UHD, SGD, SFCG Gestores	Adesão mensal das não conformidades e formação contínua de melhoria perante o plano de formação		✓

Sub-Área de Risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Plano	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/monitorização	Grau de Execução	Prazo de Execução
Admissão doentes/ Produção/ Faturação/ alta administrativa	8 Produção não registada em tempo útil	Alto	Alto	Moderado	Manutenção dos procedimentos que garantem o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividade/produção.	UHD, SGD, SPCG Gestores	Não existem procedimentos institucionais nem do Serviço	+	2026
	9 Ausência ou alta administrativa incorreta	Baixo	Alto	Moderado	Sensibilização dos trabalhadores para procedimentos administrativos de alta e respetivas implicações (libertação da vagas para outros doentes; adequação gestão de agendas; adequação indevida de doentes à instituição; utilização de recursos; minimização de custos com convalescenças indevidas)	UHD, SGD, Gestores	A gestão de camas à da competência da EGA em conjunto a Direção do Serviço. A gestão das altas é efetuada pelo Serviço. A Gestão de agendas de consultas é da competência do SGD. As agendas elaboradas pelos gestores com a direção do serviço são maximizadas.	+	
	10 Recurso excessivo ou injustificado a MCDT	Baixo	Alto	Moderado	Cumprimento de normativos e procedimentos para requisição de exames ao exterior que obriguem ao cumprimento de um conjunto de validações/autorizações	UHD, SGD, Gestores	Os MCDT's são adquiridos via Aproveitamento. A prescrição é efetuada com as regras internamente estabelecidas	+	
Prescrição de medicamentos, MCDT e Transportes de doentes	11 Recurso excessivo ou injustificado a Transporte de Doentes	Baixo	Alto	Moderado	Segregação de funções e responsabilidade das operações.	UHD	Cumprida para exames ao exterior	+	
					Utilização da Aplicação de Gestão integrada de Transportes de acordo com os normativos vigentes	UHD, SGD	E efetuada	+	
					Cumprimento de normativos e procedimentos para requisição de transporte que obriguem ao cumprimento de um conjunto de validações/autorizações.	UHD, SGD	É efetuada	+	
12 Prescrição indevida de medicamentos					Registo de toda a medicação ao doente.	UHD	É efetuada	+	
					Utilização de prescrição eletrónica	UHD	É efetuada	+	
					Monitorizar se os consumos coincidem com a atividade do serviço	UHD, Serviços Farmacéuticos	É efetuada	+	
Gestão Existências					Registar no sistema informático os consumos de material de consumo clínico e farmacéutico	UHD	É efetuada	+	
					Solicitar medicamentos aos Serviços Farmacéuticos através de prescrição	UHD	É efetuada	+	
					Monitorizar se os consumos coincidem com e atividade do serviço	UHD	É efetuada	+	
	13 Apropriação indevida de material	Baixo	Alto	Moderado	Realizar periodicamente inventários	UHD, Gestores, Serviços Farmacéuticos, SCL	Inventário de bens é efetuado pelo Aproveitamento. O Serviço efetua trimestralmente o inventário de medicação. Mensalmente é realizado o inventário da terapêutica de emergência e da medicação controlada.	+	
					Assinatura da Declaração de inexistência de incompatibilidades, nos termos da legislação em vigor.		Cumprido	+	
					Segregação de funções e responsabilidade dos intervenientes.	UHD, Gestores, Serviços Farmacéuticos, SCL	Cumprido	+	
	14 Favorecimento de fornecedores por membros de comissões, de grupos de trabalho, de jris de procedimentos pré-contratuais que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento e material de consumo clínico	Baixo	Alto	Moderado	Implementar um procedimento de avaliação de fornecedores		Procedimento a implementar	+	2026
					Elaborar um plano anual de compras que reflita as necessidades do serviço		Plano de investimentos	+	

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Execução	Próxima Reunião
Gestão da Lista de Espera de Consultas	Incumprimento dos TMRG de LEC	Baixo	Muito	Moderado	31	Monitorização do cumprimento dos TMRG.	A Marcação das Primeiras Consultas é da responsabilidade do SGD.	+	
					32	Sensibilização dos colaboradores para a necessidade de cumprimento legal e dos procedimentos instituídos em matéria de leis da espera.	Troca emails entre o Gestor e o Diretor Serviço. São propostas medidas da contensão da LEC nomeadamente: contratação de mais recursos e a realização de consulta adicional. São tomadas outras medidas de tratamento dos pedidos para nomeadas consultas como a realização de consultoria aos médicos dos CSP e Telemedicina	+	
					33	Publicação interna de relatório com periodicidade mensal com indicação específicas sobre as listas de espera, garantindo transparência e escrutínio.	Constam Relatórios de Atualidades	+	
Proteção de dados pessoais	Acesso e divulgação indevida de informação clínica dos utentes	Baixo	Alto	Moderado	34	Elaborar e divulgar junto dos colaboradores o procedimento a seguir no que respeita à revelação de Dados Pessoais de saúde a familiares ou outros indivíduos.	UHD Gestores, SGD, EPD	+	
					35	Implementar restrição de acessos à informação clínica	UHD Gestores, SGD, SIAS, EPD	+	
					36	Promover ações de formação no âmbito do RGPD	UHD Gestores, EPD	+	
					37	Sensibilizar e divulgar junto dos colaboradores o Guia das Boas Práticas do RGPD.	UHD Gestores, EPD	+	

ÁREA/SERVIÇO: Unidade de Gestão de MCDT (UGMCDT) – Imunohemoterapia

Unidade de Gestão de MCDT (UGMCDT) - Imunohemoterapia							Serviço		Implementação Médica e Monitorização		Prazo de Execução	
Sub-área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas		Imunohemoterapia	Imunohemoterapia	Imunohemoterapia	Imunohemoterapia	Imunohemoterapia	Imunohemoterapia
Organização do Serviço	1	Baixa	Alto	Moderado	1	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	Imunohemoterapia	Imunohemoterapia	Existem Manual de Gestão da qualidade do SIH e Sistema de Governança Clínica do SIH-CHAV, que serão revisados para Regulamento.		2025-2027	
					2	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no serviço, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.						
	2	Baixa	Alto	Moderado	3	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a capacidade instalada, a atividade desempenhada e o recurso e trabalho exercido no regulamento.	Imunohemoterapia	Imunohemoterapia	Sim, mas o plano de Atividade 2025, embora discutido em reunião de contraindicação não foram autorizados formalmente pelo Conselho de Administração.		2025	
					4	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.						
					5	Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades da forma ordenada, eficiente e transparente.						
	3	Baixa	Alto	Moderado	6	Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	Imunohemoterapia, CA, SGOs	Imunohemoterapia, CA, SGOs	Sim, mas os planos de Atividade 2025, embora discutidos em reunião de contraindicação não foram autorizados formalmente pelo Conselho de Administração.			
					7	Elaborar anualmente as propostas de planos de atividade para a contraindicação interna, englobando a atividade assistencial, rendimentos, gastos e investimentos, a submeter à apreciação do Conselho de Administração.						
	4	Baixa	Alto	Moderado	8	Assegurar a monitorização periódica da Contraindicação interna e elaboração dos relatórios de atividade, de modo a identificar e corrigir, mediante medidas corretivas, possíveis desvios em relação ao orçamento ou às metas estabelecidas.	Imunohemoterapia, Gestores, CA	Imunohemoterapia, Gestores, CA	Sim			
	5				9	Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se integram, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existam.	Imunohemoterapia, SIAS	Imunohemoterapia, SIAS	Sim			
Atendimento a Utilizadores	6	Baixa	Alto	Moderado	10	Divulgação do Código de Conduta da ULS RA	Imunohemoterapia	Imunohemoterapia	Encontro-se publicado no site Institucional e na Intranet			
					11	Promover formação alargada aos profissionais sobre a qualidade no atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de emoções em situações de conflito.						

Sub-área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Orçamento	Prazo de Execução
Admissão doentes/ Produção/ Faturação/ alta administrativa	7 Produção não registada, incorretamente registada (ex: sem a realização do respetivo elo) ou não registada na totalidade	Baixa	Alto	Moderado	12 Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventualidade de ocorrência destas situações. 13 Análise e revisão permanente da execução dos procedimentos de registo.	Sim	✓		
	8 Produção não registada em tempo útil	Baixa	Alto	Moderado	14 Manutenção de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo da atividade/produção.	Imunohemoterapia, SGD, SPOG, Gestores	Sim	✓	
	9 Ausência ou alta administrativa incorreta	Baixa	Alto	Moderado	15 Sematização dos trabalhadores para procedimentos administrativos de alta e respetivas implicações libertação de vagas para outros doentes; adequada gestão de agendas; deslocação indexada de doentes a instituição; otimização de recursos; minimização de custos com convocações indevidas)	Imunohemoterapia, SGD, Gestores	Sim	✓	
	10 Recurso excessivo ou injustificado a MCDT	Baixa	Alto	Moderado	16 Elaboração e/ou revisão de normativos e procedimentos para requisição de exames ao exterior que assegurem o cumprimento de um conjunto de validação dos resultados dos exames. 17 Segregação de funções e responsabilidades das áreas dos	SGD, DCSP, Imunohemoterapia	Sim	✓	
	11 Admissão de doentes externos para realização de MCDT	Baixa	Alto	Moderado	18 A admissão de doentes para a realização de MCDT's, apenas será efetuada depois de verificada a salvaguarda da responsabilidade financeira da entidade terceira envolvida. 19 Estabelecer protocolos de MCDT por especialidades.	SGD, DCSP, Imunohemoterapia	Sim	✓	
Prescrição de MCDT e Transportes de doentes					20 Controlo das requisições de MCDT	SGD, DCSP, Imunohemoterapia	Sim	✓	
					21 Capacidade ambulatória vs. Internalização dos MCDT dos CSP nos cuidados hospitalares.	SGD, DCSP, Gestores	Sim	✓	
	12 Fiação de objetivos inacessíveis numa ótica de crescimento da produção.	Baixa	Alto	Moderado	22 Impacto nos recursos financeiros da instituição por recurso a privados.	Imunohemoterapia	Sim	✓	
					23 Impacto por falta nos equipamentos ou absentismo dos recursos humanos.	SGD, DCSP, Gestores, Imunohemoterapia	sim	✓	
					24 Registar no sistema informático os consumos de material de consumo clínico e farmacêutico	Imunohemoterapia	sim	✓	
Gestão Existências					25 Solicitar medicamentos aos Serviços Farmacêuticos através de prescrição	Imunohemoterapia	sim	✓	
	13 Apropriação indevida de material	Baixa	Alto	Moderado	26 Monitorizar se os consumos coincidem com a atividade do serviço	Imunohemoterapia, Gestores, Serviços Farmacêuticos	Sim	✓	
					27 Realizar periodicamente inventários	Imunohemoterapia, Gestores, Serviços Farmacêuticos, SCL	Avaliar a criação de armazéns avançados de material de consumo clínico e a realização de inventário.	✓	2025

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Interv. No Paciente	Implementação Medidas/Monitorização	Grav. de Exatidão	Prazo de Execução	
Gestão Exatidão	Favorecimento de fornecedores por membros de comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento e material de consumo clínico	Baixa	Alto	Moderado	28	Assinatura de Declarações de Inexistência de incompatibilidades, nos termos de legislação em vigor.	Sim	✓		
					29	Sagração de funções e responsabilidade das áreas,	Sim	✓		
					30	Implementar um procedimento de avaliação de fornecedores	Imunohemoterapia, Gestores, Serviços Farmacêuticos, SCI	Sim, no âmbito da certificação foram exigidas declarações específicas a cada fornecedor de equipamentos e consumos alestando a eficácia, reprodutibilidade e consistência fível de resultados (mas não existe procedimento específico), Procedimento a implementar	2025-2027	
					31	Elaborar um plano anual de compras que refita as necessidades do serviço	Sim	✓		
					32	Elaborar e divulgar junto dos colaboradores o procedimento a seguir no que respeita à revelação de Dados Pessoais de saúde a familiares ou outros indivíduos.	Imunohemoterapia, Gestores, SGD, EPD	Sim	✓	
Proteção de dados pessoais	Acesso e divulgação indevida de informação clínica dos utentes	Baixa	Alto	Moderado	33	Implementar restrição de acessos a informação clínica	Imunohemoterapia, Gestores, SGD, SIAS, EPD	Sim	✓	
					34	Promover ações de formação no âmbito do RGPD	Imunohemoterapia, Gestores, EPD	Sim	✓	
					35	Sensibilizar e divulgar junto dos colaboradores o Guia das Boas Práticas do RGPD.	Imunohemoterapia, Gestores, EPD	Sim	✓	
									✓	

ÁREA/SERVIÇO: Departamento da Mulher e da Criança (DMC)

Departamento da Mulher e da Criança (DMC)									
Sub-Área de Risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/monitorização	Grau de Execução	Prazo de Execução	
Organização do Serviço	1 Organização da função indefinida	Baixa	Alto	1 Promover a existência de regulamento interno do serviço. 2 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no serviço, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções. 3 Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a capacidade instalada, a atividade desenvolvida e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	DMC	Elaborado	✓		
	2 Quadro da pessoal inadequado -insuficiente ou pouco qualificado	Baixa	Alto	4 Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais. 5 Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.	DMC, CF	Definidos os perfis de funções no regulamento interno do DMC	✓		
	3 Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Baixa	Alto	6 Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas. 7 Elaborar anualmente as propostas de planos de atividade para a contratualização interna, englobando a atividade assistencial, rendimentos, gastos e investimentos, a submeter à apreciação do Conselho de Administração	DMC	São avaliadas regularmente as necessidades inclusive no âmbito de contratualização interna e nos planos de atividades	✓		
	4 Inexistência de controlo sobre a atividade desenvolvida	Baixa	Alto	8 Assegurar a monitorização periódica da contratualização interna e elaboração dos relatórios de atividade, de modo a identificar e corrigir, mediante medidas corretivas possíveis, desvios em relação ao orçamento ou às metas estabelecidas	DMC, CA, SGOSD	É elaborado o plano de formação de cada serviço para os profissionais de enfermagem e incentivada as ações de formação do pessoal médico	✓		
					DMC, Gestores, CA	São elaborados e revisos regularmente, procedimentos, instruções de trabalho protocolos clínicos e outros	✓		
					DMC, Gestores, CA	Os elementos encontram-se aprovados tendo inclusive sido objeto de verificação indóbil do processo de acreditação ACSA	✓		
Atendimento de Utentes	Abuso de poder no contacto com os utentes	Baixa	Alto	9 Divulgar o Código de Conduta de ULS RA	DMC	Não houve CI em todos os anos mas o plano para 2025 foi apresentado e alvo da negociação em sede de CI	✓		2026
Admissão doentes/ Produção/ Faturação/ alta administrativa	Produção não registada, incorretamente registada (ex. sem a realização do respetivo ato), ou não registada na totalidade	Baixa	Alto	10 Promover formação alargada aos profissionais sobre a qualidade no atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de encontros em situações de conflito. 11 Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventualidade de ocorrência destas situações. 12 Analisar a revisão permanente da execução dos procedimentos de registo	DMC, SG, SPCG, Gestores	á efetuada uma monitorização regular ao longo do ano, contudo nem sempre transposta para a forma de relatório escrito	✓		
					DMC, CF	Encontra-se publicado na intranet e no site institucional	✓		
					DMC, CF	Plano de formação de ULSRA	✓		
					DMC, SG, SPCG, Gestores	Este trabalho é efetuado pelo SPCG que alerta os serviços requerimento para situações como consultas sem registo de fim, sem médico associado, modif's sem códigos no sistema etc.	✓		
					DMC, SG, SPCG, Gestores	É efetuado regularmente pelo SPCG e pelo serviço nas suas aplicações específicas (OBSCARE, ASTRAIA...)	✓		

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Relevância	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Execução	Prazo de Execução
Admissão doentes/ Produção/ Faturação/ Ata administrativa	7 Produção não registada em tempo útil	Média	Alto	Elevado	13 Manutenção de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividade/produção.	DMC, SGD, SPCS, Gestores	Substituir algumas folhas de registo, sobretudo de IACDT's que por vezes impedem o cumprimento dos prazos de reporte com os dados corretos obrigando a correções posteriores.		2026
	8 Produção adicional realizada no período de trabalho normal.	Baixa	Alto	Moderado	14 Definição de regras internas para a realização de produção adicional.	DMC, SGD, Gestores	Existe um regulamento interno para a produção adicional e a atividade apenas é iniciada após proposta fundamentada ao CA e por esta aprovada.		
	9 Ausência ou alta administrativa incorreta	Baixa	Alto		15 Monitorizar o horário de trabalho aprovado e a realização de produção adicional.	DMC, SGD, Gestores	Realizado mensalmente.		
Gestão Externas					16 Sensibilização dos trabalhadores para procedimentos administrativos da ata e respetivas implicações (rotinação de vagas para outros doentes; adequação gestão de agendas; deslocação indevida de doentes a instituição; omissão de recursos; minimização de custos com convocações indevidas)	DMC, SGD, Gestores	Realizado regularmente nas reuniões setoriais dos serviços		
					17 Registrar no sistema informático os consumos de material de consumo clínico e farmacêutico	DMC			
					18 Solicitar medicamentos aos Serviços Farmacêuticos através de inscrição	DMC			
	10 Apropriação indevida de material	Médio	Alto	Elevado	19 Monitorizar se os consumos coincidem com a atividade do serviço	DMC, Gestores, Serviços Farmacêuticos, SCL	Foi recomendado pelo SAI a realização de inventários anuais nos armazéns avaliados		2025
					20 Realizar inventários	Farmacêuticos, SCL			2026
					21 Assinatura de Declarações de inexistência de incompatibilidades, nos termos da legislação em vigor.		elaboradas nos procedimentos concursais		
	11 Favorecimento de fornecedores por membros de comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-construções que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento e material de consumo clínico	Baixa	Alto	Moderado	22 Segregação de funções e responsabilização das áreas dos fornecedores	DMC, Gestores, Serviços Farmacêuticos, SCL	Existe uma manual de governação clínica do DMC que define as responsabilidades		
					23 Implementar um procedimento de avaliação de fornecedores		Procedimento a implementar		2026
					24 Elaborar um plano anual de compras que reflita as necessidades do serviço		é elaborado anualmente o plano de investimento		
					25 Monitorização do cumprimento dos TMRG.	DMC, Gestores	realizado regularmente pelo gestor de área		
Gestão da Lista de Espera de Consultas					26 Sensibilização dos colaboradores para a necessidade de cumprimento legal e dos procedimentos instituídos em matéria de isenções de espera.	DMC, Gestores	Informação passada nas reuniões de serviço		
	12 Incumprimento dos TMRG da LEC	Baixa	Alto	Moderado	27 Publicitação interna de relatório com periodicidade mensal com indicação específicas sobre as listas de espera, garantindo transparência e escrutínio;	DMC, Gestores	é disponibilizada uma ferramenta à gestão de consulta		
Gestão de Inscrições para Cirurgia					28 Rastreabilidade de todas as modificação nas listas de espera, através de registo em suporte digital, com identificação do responsável pela alteração e respetivo motivo.	DMC, Gestores, SIAIS	Informação disponível no SONHO		
	13 Favorecimento na Gestão da Lista de Inscrições para Cirurgia	Baixa	Alto	Moderado	29 Avaliação/monitorização permanente dos doentes inscritos em Lista de Espera (LIC), das intervenções em tempo normal de trabalho, das disponibilidades de pessoal e boco operativo.	DMC, Gestores	Este controle é efetuado pela Direção do Serviço		
	14 Atribuição/alteração indevida das prioridades de urgências	Média	Alto	Elevado	30 Efetuar avaliação periódica das alterações de prioridade clínica na LIC	DMC, Gestores	Monitorizado pela UHIC mas não internamente pelo Serviço		2026

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Gravidade Execução	Prazo de Execução
Gestão de Inscritos para Cirurgia	15 Transferência de doentes cirúrgicos para outras instituições de saúde.	Média	Alto	Elevado	31 Verificar mensalmente, via aplicações informáticas, a identificação do médico cirurgião proponente e o do médico cirurgião executante.	DMC, Gestores	Monitorizado pela UHGIC mas não internamente pelo Serviço	🔴	2026
	16 Incumprimento dos TMRG da LIC	Baixa	Alto	Moderado	32 Monitorização do cumprimento dos TMRG.	DMC, Gestores	realizada regularmente pelo gasto	🟢	
					33 Sensibilização dos colaboradores para a necessidade de cumprimento legal e dos procedimentos instituídos em matéria de listas de espera.	DMC, Gestores	Informação passada nas reuniões de serviço	🟢	
Proteção de dados pessoais					34 Elaborar e divulgar junto dos colaboradores o procedimento a seguir no que respeita à revelação de Dados Pessoais de saúde a familiares ou outros indivíduos.	DMC, Gestores, SGD, EPD		🟢	
					35 Implementar restrição de acessos à informação clínica	DMC, Gestores, SGD, SIAS, EPD	Opção disponível no sistema	🟢	
	17 Acesso e divulgação indevida de informação clínica dos doentes	Baixa	Alto	Moderado	36 Promover ações de formação no âmbito do RGPD	DMC, Gestores, EPD	Foram realizadas ações de formação e consultoria em RGPD com a participação de diversos elementos dos serviços	🟢	
					37 Sensibilizar e divulgar junto dos colaboradores o Guia das Boas Práticas do RGPD.	DMC, Gestores, EPD		🟢	

ÁREA/SERVIÇO: Departamento de Psiquiatria e de Saúde Mental (DPSM)

Sub-área de risco		Departamento de Psiquiatria e de Saúde Mental					Implementação Medidas/Monitorização		Grau de Risco		Prazo de Realização	
		Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável					
1	Organização da função indefinida	Baixo	Alto	Moderado	1	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	DPSM Gestor					
						Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no serviço, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	DPSM					
					3	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a capacidade instalada, a atividade desenvolvida e o recurso a trabalho extraordinário/suplenente.	DPSM					
						Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	DPSM, CF					
2	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Baixo	Alto	Moderado	4	Promover e implementar políticas, métodos e procedimentos de boas práticas, que contribuam para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma ordenada, eficiente e transparente.	DPSM					
						Garantir a aprovação, homologação, publicação e revisão dos regulamentos internos, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e políticas.	DPSM, CA, SCQSD					2025
					6	Elaborar anualmente as propostas de planos da atividade para a contratualização interna, englobando a atividade assistencial, rendimentos, gastos e investimentos, a submeter à apreciação do Conselho de Administração	DPSM, Gestores, CA					
						Asssegurar a monitorização periódica da Contratualização interna e elaboração dos relatórios de atividade, de modo a identificar e corrigir, mediante medidas corretivas, possíveis desvios em relação ao orçamento ou às metas estabelecidas	DPSM, Gestores, CA					
3	Inexistência de controlo sobre a atividade desenvolvida	Baixo	Alto	Moderado	7	Diagnóstico do Código de Conduta da ULIS-PA	DPSM					
						Promover formação dirigida aos profissionais sobre a qualidade no atendimento no utente nos serviços de saúde e gestão de emoções em situações de conflito.	DPSM, SIF					2025
					8	Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventualidade de ocorrência destas situações	DPSM, SGD, SPCG, Gestores					
						Análise e revisão permanente da execução dos procedimentos de registo.	DPSM, SGD, SPCG, Gestores					
4	Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Baixo	Alto	Moderado	9	Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventualidade de ocorrência destas situações	DPSM, SGD, SPCG, Gestores					
						Análise e revisão permanente da execução dos procedimentos de registo.	DPSM, SGD, SPCG, Gestores					
					10	Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventualidade de ocorrência destas situações	DPSM, SGD, SPCG, Gestores					
						Análise e revisão permanente da execução dos procedimentos de registo.	DPSM, SGD, SPCG, Gestores					
5	Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Baixo	Alto	Moderado	11	Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventualidade de ocorrência destas situações	DPSM, SGD, SPCG, Gestores					
						Análise e revisão permanente da execução dos procedimentos de registo.	DPSM, SGD, SPCG, Gestores					
					12	Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventualidade de ocorrência destas situações	DPSM, SGD, SPCG, Gestores					
						Análise e revisão permanente da execução dos procedimentos de registo.	DPSM, SGD, SPCG, Gestores					
6	Inadequado Sistema de Controlo Interno (SCI)	Baixo	Alto	Moderado	13	Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventualidade de ocorrência destas situações	DPSM, SGD, SPCG, Gestores					
						Análise e revisão permanente da execução dos procedimentos de registo.	DPSM, SGD, SPCG, Gestores					
					14	Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventualidade de ocorrência destas situações	DPSM, SGD, SPCG, Gestores					
						Análise e revisão permanente da execução dos procedimentos de registo.	DPSM, SGD, SPCG, Gestores					

Sub-área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Grau de Execução	Prazo de Implementação
Admissão doentes/ Produção/ Faturação/ Rta administrativa	7 Produção não registada em tempo útil	Baixo	Alto	Moderado	Manutção de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividades/produção.	DPSM, SGD, SPCG Gestores	E efetuada no momento da consulta	+	
	8 Ausência ou alta administrativa incorreta	Baixo	Alto	Moderado	Sensibilização dos trabalhadores para procedimentos administrativos de alta e respetivas implicações (libertação da vagas para novos doentes; adequada gestão de agendas; dedicação individual de doentes à instituição; otimização de recursos; minimização de custos com comorbidades indevidas)	DPSM, SGD, Gestores	A gestão das altas é efetuada pelo Serviço para uma gestão de carnes eficiente. A Gestão de agendas de consultas é da competência do secretariado e efetuados telefonemas e SMS, a fim de evitar a deslocação indevida de doentes. As agendas elaboradas pelos gestores com a direção do serviço são maximizadas. O DPSM atualmente tem descentralização de consultas nos CSP para uma otimização de recursos.	+	
	9 Recurso excessivo ou injustificado a MCDT	Baixo	Alto	Moderado	Cumprimento de normativos e procedimentos para requisição de exames ao exterior que obrigam ao cumprimento de um conjunto de validades/autorizações.	DPSM, SGD, Gestores	Os MCDT's são adquiridos via Aprocionamento. A prescrição é efetuada com as regras internamente estabelecidas	+	
Prescrição de medicamentos, MCDT e Transportes de doentes	10 Recurso excessivo ou injustificado a Transporte de Doentes	Baixo	Alto	Moderado	Segregação de funções e responsabilidade das operações	DPSM	Nos exames ao exterior não há segregação de funções quando o Diretor do Serviço prescrever e autorizar os MCDT's. Não existe segregação funções nos MCDT's realizados no Serviço nomeadamente com a realização de ECT's e podem ser prescritos e efetuados pelo mesmo médico. Há segregação de funções nos MCDT's e medicamentos que careçam de autorização do Diretor.	+	
	11 Prescrição indevida de medicamentos	Baixo	Alto	Moderado	Utilização de Aplicação de Gestão (Integrade da Transportes de acordo com os normativos vigentes.	DPSM, SGD	É efetuada	+	
					Cumprimento de normativos e procedimentos para requisição de transporte que obrigam ao cumprimento de um conjunto de validades/autorizações.	DPSM, SGD	É efetuada	+	
					Registo de toda a medicação ao doente	DPSM	É efetuada	+	
Gestão Existências					Utilização de prescrição eletrónica	DPSM	É efetuada	+	
					Monitorizar se os consumos coincidem com a efetuada do serviço	DPSM, Serviços Farmacêuticos	É efetuada	+	
					Registar no sistema informático os consumos de material da consumo clínico e farmacêutico	DPSM	É efetuada	+	
					Solicitar medicamentos aos Serviços Farmacêuticos através de prescrição	DPSM	É efetuada	+	
					Monitorizar se os consumos coincidem com a efetuada do serviço	DPSM, Gestores, Serviços Farmacêuticos, SCL	É efetuada	+	
					Realizar periodicamente inventários		Foi recomendado pelo SAI a realização de inventários anuais em áreas estratégicas	+	2025

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Nível de Risco	Prazo de Execução
Gestão Existências	Favorecimento de fornecedores por membros de comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contrares que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento e material de consumo clínico	Baixo	Alto	Moderado	26 Assinatura de Declarações da inexistência de incompatibilidades, nos termos da legislação em vigor.		Cumprido	✓	
					27 Segregação de funções e responsabilidade das áreas.	DPSM, Gestores, Serviços	Cumprido	✓	
					28 Implementar um procedimento de avaliação da fornecedores	Farmacêuticos, SCL	Procedimento a implementar	✗	2028
					29 Elaborar um plano anual de compras que reflita as necessidades do serviço		Plano de investimentos	✓	
Gestão da Lista de Espera de Consultas	Incumprimento dos TMRG da LEC	Baixo	Alto	Moderado	30 Monitorização do cumprimento dos TMRG.	Director Serviço/Gestor	A Matricação das Primeiras Consultas e da responsabilidade do SGD.	✓	
					31 Sensibilização dos colaboradores para a necessidade de cumprimento legal e dos procedimentos instituídos em matéria de listas de espera.	DPSM, Gestores	Troca emails entre o Gestor e o Diretor Serviço. São propostas medidas de contação da LEC nomeadamente: controlo de mais recursos e a realização de consulta adicional. São tomadas outras medidas de tratamento dos pedidos para primeiras consultas como a realização de consultoria aos médicos dos CSP e Telemedicina	✓	
					32 Publicação interna de relatório com periodicidade mensal com indicação específicas sobre as listas de espera, garantindo transparência e escrutínio.	DPSM, Gestores	Consultas Relativas de Atividades	✓	
					33 Elaborar e divulgar junto dos colaboradores o procedimento a seguir no que respeita à revelação de Dados Pessoais de saúde e familiares ou outros indivíduos.	DPSM, Gestores, SGD, EPD	Deixado no SmartDoc e via email às equipas. Realizada formação via SIF nesta área às equipas	✓	
Proteção de dados pessoais	Acesso e divulgação indevida de informação clínica dos utentes	Baixo	Alto	Moderado	34 Implementar restrição de acessos à informação clínica	DPSM, Gestores, SGD, SIAS, EPD e CLIC	Realizado pelo CLIC e SIAS através de atribuição de perfis específicos de acesso	✓	
					35 Promover ações de formação no âmbito do RGPD	DPSM, Gestores, EPD	Cumprido	✓	
					36 Sensibilizar e divulgar juntos dos colaboradores o Guia das Boas Práticas do RGPD.	DPSM, Gestores, EPD	Deixado no SmartDoc e via email às equipas. Realizada formação nesta área às equipas via SIF	✓	