



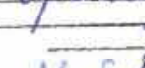
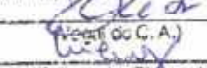
**CENTRO
HOSPITALAR
BAIXO VOUGA**
Mais Saúde, Mais Vida!

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

Relatório de Avaliação Anual – Abril 2023

Emitido por: **Serviço de Auditoria Interna**

Data de emissão: **30.05.2023**

A Auditoria Interna	Aprovado pelo Conselho e Administração em:
<i>Responsável pelo Programa de Cumprimento Normativo</i> Assinado por: VANESSA LARA DA SILVA MARTINS Num. de Identificação: 10895150 Data: 2023.05.30 18:08:42+01'00' Localização: Serviço de Auditoria Interna  CARTÃO DE CIDADÃO	Reunião de C.A. nº: <u>146</u> de <u>01/05/2023</u> Deliberação: <u>10 modo conhecimento</u> <u>e aprovado.</u>  (Presidente do C.A.)  (Vogal do C.A.)  (Membro do Conselho)  (Vogal do C.A.)  (Enfermeira Diretora)

ÍNDICE

1.	1.CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS	3
2.	2.SUMÁRIO EXECUTIVO	4
3.	3.ORGANOGRAMA DO CHBV	5
4.	4.AVALIAÇÃO DE RESULTADOS	5
5.	4.1 IMPLEMENTAÇÃO DAS MEDIDAS PREVENTIVAS	7
6.	4.2 IMPLEMENTAÇÃO DAS MEDIDAS PREVENTIVAS POR ÁREA/SERVIÇO	9
7.	5.CONCLUSÃO	10
	MATRIZES DE RISCO	12
8.	ANEXO 1. RISCOS IDENTIFICADOS POR ÁREA/SERVIÇO E RESPETIVAS MEDIDAS PREVENTIVAS	13

1. CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS

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) 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 pelo Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. (CHBV), amplamente divulgados, e que constam da página oficial.

Neste sentido, e face ao disposto no artigo 5º, Capítulo III, do RGPC, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, e salvaguardando eventuais diretivas que venham a ser emitidas pelo MENAC, o Conselho de Administração deliberou, em 6 de junho de 2022, designar a Auditora Interna do CHBV, responsável pelo cumprimento normativo nos termos e para os efeitos previstos no referido diploma.

Dando cumprimento ao enquadramento legal apresentado, procede-se à elaboração do **Relatório de Avaliação Anual do PPR do ano de 2022**, o qual depois de aprovado pelo Conselho de Administração, será enviado às entidades acima indicadas.

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

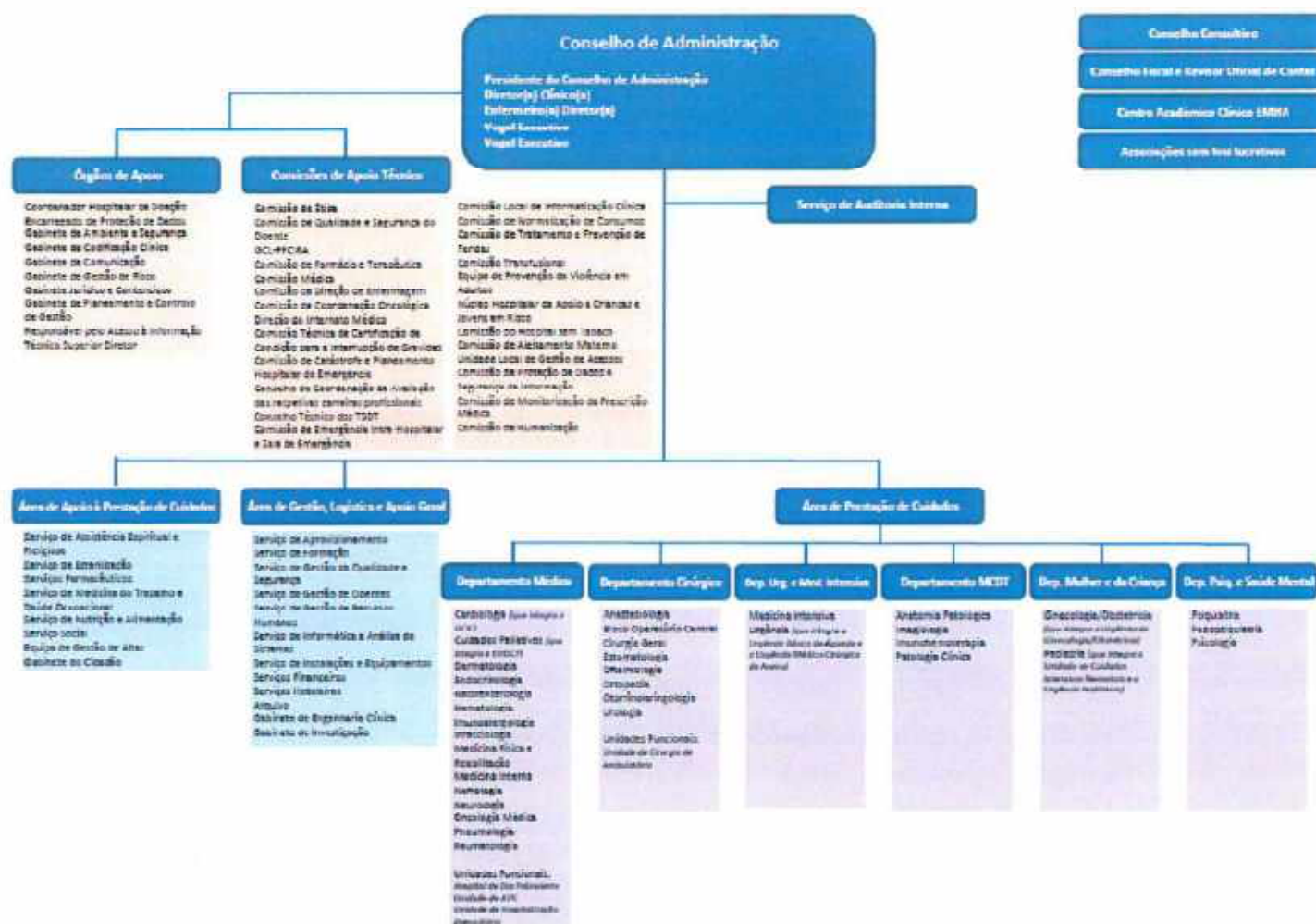
2. SUMÁRIO EXECUTIVO

A 2ª revisão do PPR, processo que procurou abranger nomeadamente as áreas de administração, de direção, operacionais e de suporte, teve lugar em abril de 2022, e permitiu a reavaliação de atividades e procedimentos, suscetíveis de eventuais riscos de gestão, corrupção e infrações conexas, atendendo à respetiva graduação do risco, a probabilidade da sua ocorrência e gravidade da consequência. No seguimento deste processo procedeu-se à previsão das necessárias medidas preventivas e corretivas para mitigação dos riscos identificados.

Em cumprimento do estabelecido no RGPC, a execução do PPR foi já objeto de uma avaliação intercalar, em outubro de 2022, procedendo-se agora à sua avaliação anual, que contempla a quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas, bem como a previsão do prazo para a sua plena implementação.

Para uma correta identificação e avaliação dos riscos, e para que as medidas preventivas sejam implementadas, é realizado um acompanhamento sistemático por via da monitorização e supervisão constante das atividades, ações e procedimentos desenvolvidos, com participação e envolvimento de todos os dirigentes.

3. ORGANOGRAMA DO CHBV



4. AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

O principal objetivo deste relatório de avaliação anual da execução do PPR, é o de apresentar os principais resultados e conclusões quanto ao grau de implementação das medidas de prevenção e tratamento do risco, preconizadas no PPR em vigor.

Por forma a garantir uma eficaz gestão do risco, transversal a toda a instituição, esta avaliação anual resultou de um processo participativo, tendo sido envolvidos todos os responsáveis, que reportaram o ponto de situação da implementação das medidas preventivas/corretivas sob sua responsabilidade, classificando a execução de acordo com o seguinte estado de execução:

- "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.

O mapeamento dos riscos está distribuído pelas seguintes áreas/serviços:

- Transversal à Instituição
- Serviço de Auditoria Interna
- Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão
- Gabinete Jurídico e Contencioso
- Gabinete de Comunicação
- Serviços Farmacêuticos
- Serviço de Gestão de Doentes
- Serviços Financeiros
- Serviço de Gestão de Recursos Humanos
- Serviço de Aprovisionamento
- Serviços Hoteleiros
- Serviço de Informática e Análise de Sistemas
- Serviço de Instalações e Equipamentos
- Serviço de Formação

Durante o processo de revisão do PPR, foram identificados 330 riscos, dos quais 56 foram avaliados como sendo de risco Elevado. Após a avaliação intercalar, em outubro de 2022, em virtude das medidas entretanto implementadas, dos 56 riscos mencionados, 3 foram reavaliados como Moderados e 1 como de Baixo risco. Em resultado da avaliação anual efetuada, foram adicionados 6 riscos, 2 por cada grau de risco, e 7 medidas preventivas, tendo-se identificado **336 riscos** de gestão, incluindo a corrupção e infrações conexas e, para mitigação desses riscos foram previstas **661 medidas** preventivas/corretivas.

Área/Serviço	2º Rev. PPR					Relatório Avaliação Intercalar					Relatório Avaliação Anual				
	Risco	Moderado	Elevado	Total Riscos	Medidas Preventivas	Risco	Moderado	Elevado	Total Riscos	Risco	Moderado	Elevado	Total	Medidas Preventivas	
Transversal à Instituição	17	7	6	30	68			6	6	20	9	0	29	71	
Serviço de Auditoria Interna (EAI)	3	7	0	10	17			0	0	3	13	0	16	13	
Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão (GPCG)	1	4	2	7	13			2	2	1	4	2	7	15	
Gabinete Jurídico e Contencioso (GJC)	2	4	0	6	10			0	0	2	4	0	6	10	
Gabinete de Comunicação (GC)	1	5	2	8	16		2		2	1	7	1	9	11	
Serviços Farmacêuticos	0	3	4	7	20			4	4	0	3	4	7	20	
Serviço de Gestão de Doentes (SGD)	11	12	2	25	59	1		1	2	11	13	1	25	65	
Serviços Diagnósticos (SD)	21	18	4	43	68			4	4	21	18	4	43	68	
Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH)	5	19	18	42	74			18	18	5	19	18	42	74	
Serviço de Apoio Administrativo (SA)	12	24	1	37	116	1		0	1	12	24	0	36	116	
Serviços Hoteleiros (SH)	0	24	10	34	75			10	10	6	24	10	40	75	
Serviço de Informática e Análise de Sistemas (SIAS)	11	14	6	31	58			6	6	11	14	6	31	58	
Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE)	17	9	0	26	44			0	0	17	9	0	26	44	
Serviço de Formação	2	6	1	9	13			1	1	2	6	1	9	13	
TOTAL	117	157	50	324	654	1	2	92	95	110	165	33	710	661	

Fonte: Matriz de Riscos

Salienta-se que, dos 336 riscos acima identificados, 118 foram considerados de Baixo risco, 165 de risco Moderado e 53 de risco Elevado.



4.1 Implementação das medidas preventivas

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

Área/Serviço	Riscos Identificados	Medida Preventiva	Implementada	%	Parcialmente Implementada	%	Não implementada	%	Sem Risco	%
Transmissão à Instituição	35	71	55	77%	14	20%	0	0%	2	3%
Serviço de Auditoria Interna (SAI)	15	23	21	91%	1	4%	1	4%	0	0%
Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão (EPCG)	7	15	10	67%	3	20%	2	20%	0	0%
Gabinete Jurídico e Contratações (GJC)	6	10	3	30%	5	50%	1	10%	1	16%
Gabinete de Comunicação (GC)	9	11	5	45%	4	36%	2	18%	0	0%
Serviços Farmacéuticos	13	26	11	42%	12	46%	0	0%	3	12%
Serviço de Gestão de Doentes (SGD)	24	55	41	75%	11	20%	1	2%	2	4%
Serviços Financeiros (SF)	43	88	37	54%	13	19%	17	23%	1	1%
Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH)	42	74	49	62%	12	18%	12	16%	3	1%
Serviço de Apoio Administrativo (SA)	43	118	74	61%	30	25%	14	11%	0	0%
Serviços Materiais (SM)	40	75	68	77%	17	22%	0	0%	0	0%
Serviço de Informática e Análise de Sistemas (SIAS)	31	58	31	53%	27	47%	0	0%	0	0%
Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE)	20	46	30	65%	13	28%	3	7%	0	0%
Serviço de Formação	9	13	5	38%	6	46%	2	15%	0	0%
TOTAL	136	661	427	65%	167	25%	55	8%	12	3%

Fonte: Plano de Risco

Face ao exposto, verifica-se que, das 661 medidas propostas, 65% encontram-se implementadas e 25% em curso ou parcialmente implementadas, evidenciando um elevado grau de comprometimento dos serviços na prossecução das medidas que permitem mitigar os riscos identificados.



Verifica-se ainda que se encontram por implementar 55 medidas (8%), das quais 17 referem-se aos Serviços Financeiros, 13 ao Serviço de Aproveitamento e 12 ao Serviço de Gestão de Recursos Humanos.



Faça aos riscos Elevados foram propostas 105 medidas preventivas, das quais 62 foram implementadas, 36 encontram-se em curso e apenas 4 ainda não foram implementadas.

Área/Serviço	Risco Elevado	Medidas Preventiva	Implementada	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Sem Efeito
Transversal à Instituição	6	9	5	3	0	0
Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão (GPCG)	2	5	5	0	0	0
Gabinete de Comunicação (GC)	1	1	0	0	1	0
Serviços Farmacêuticos	4	11	3	7	0	1
Serviço de Gestão de Doentes (SGD)	1	2	2	0	0	0
Serviços Financeiros (SF)	4	10	7	3	0	0
Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH)	10	20	24	9	2	2
Serviços Hospitalares (SH)	10	17	10	7	0	0
Serviço de Informática e Análise de Sistemas (SIAS)	6	11	5	6	0	0
Serviço de Formação	1	1	0	1	0	0
TOTAL	53	105	62	36	4	3

Fonte: Matriz de Risco

Quanto às medidas não implementadas ou em curso, prevê-se que a maioria venha a estar implementada no prazo de 12 meses.

Importa, no entanto, salientar que, estas medidas, pela sua natureza (normas e procedimentos internos), dificilmente se poderão dar totalmente por concluídas pois integram-se num processo de

melhoria contínua, o qual, por definição, obriga à sua permanente revisão e atualização, sem prejuízo de, na prática, estarem assegurados mecanismos de controlo adequados, com vista à prevenção dos eventuais riscos.

4.2 Implementação das medidas preventivas por área/serviço

A sistematização do resultado da avaliação anual do PPR, consta das Matrizes de Risco, que integram o presente documento, nas quais se explicita o grau de execução das medidas de mitigação previstas, por área/serviço. Destaca-se, no entanto as seguintes situações:

Transversal à Instituição

Em virtude da declaração da Organização Mundial de Saúde (OMS) de que a COVID-19 é agora uma doença endémica, não constituindo já uma Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional, foram consideradas “sem efeito” as duas medidas relacionadas com o risco do Impacto da COVID-19. Situação idêntica verificou-se nos Serviços Farmacêuticos e no Serviço de Gestão Recursos Humanos, no que respeita aos contratos celebrados no âmbito do regime excecional de combate à Covid-19.

No respeitante às medidas implementadas, destacam-se algumas, consideradas essenciais no âmbito da prevenção e deteção de riscos de corrupção e infrações conexas, tais como:

- Revisão do Código de Conduta;
- Revisão do Plano de Prevenção de Riscos;
- Revisão do Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades e de Denúncia de Infrações (Canal de Denúncia);
- Nomeação do responsável pelo Programa de Cumprimento Normativo;
- Promoção de ações de formação/sensibilização no domínio da ética e conduta, da fraude e da prevenção da corrupção;
- Divulgação de boas práticas sobre a privacidade e proteção de dados pessoais, a segurança da informação e cibersegurança.

Serviço de Auditoria Interna (SAI)

Em virtude das recentes alterações normativas, foram incluídos/ajustados os seguintes riscos e medidas preventivas, das quais apenas uma não se encontra ainda implementada, uma vez que ainda não foi definido, pelos membros do Governo, o modelo definido no artigo 13º do RGPC:

Sub-Área de risco	Riscos identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Grau de Execução
Organização do Serviço	Inexistência de declaração de Incompatibilidades e Impedimentos	Baixa	Alto	Moderado	Promover a existência de uma declaração de incompatibilidades e impedimentos para os membros do SAI, de acordo com o mencionado no nº 7 do artigo 16º do DL nº 52/2022 de 4 de agosto.	
Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC)	Inexistência de um sistema de comunicação interna de irregularidades e canal de denúncias	Baixa	Alto	Moderado	Promover a existência de um Regulamento que defina as regras e procedimentos da Comunicação Interna de Irregularidades e Denúncia de Infrações.	
	Inexistência de um Código de Conduta	Baixa	Alto	Moderado	Promover a existência de um Código de Conduta do CHBV	
	Inexistência de um programa de formação interna	Baixa	Alto	Moderado	Promover a existência de um programa de formação interna sobre as políticas e procedimentos de prevenção da corrupção e infrações coeas implementadas.	
	Inexistência de um responsável pelo cumprimento normativo	Baixa	Alto	Moderado	Promover a nomeação de um responsável que garanta e controle a aplicação do programa de cumprimento normativo.	
	Inexistência de uma declaração de conflito de interesses	Baixa	Alto	Moderado	Promover a existência de uma declaração de conflito de interesses conforme definido no nº 2 do artigo 13º do RGPC.	

Gabinete de Comunicação (GC)

No seguimento da avaliação intercalar, em outubro de 2022, para os dois riscos de grau Elevado, foi efetuada pelo serviço, uma reavaliação do grau de risco, tendo o mesmo passado de Elevado para Moderado, em virtude das medidas preventivas encontrarem-se totalmente implementadas e com elevados níveis de controlo.

No seguimento da presente avaliação, foi ainda proposto pelo serviço a inclusão no PPR, de um risco de grau Elevado, com a proposta de uma medida preventiva a implementar:

Sub-Área de risco	Riscos identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Grau de Execução
Prestação de Informação a familiares	Prestação de Informação, via oral, passível de violar o RGPD	Alta	Alto	Elevado	Elaboração de um Manual de Regras e Conduta, com seguinte formação, para as colaboradoras que têm funções de atendimento ao público, nomeadamente nos Serviços Informativos e na Central Telefónica	

Serviço de Gestão de Doentes (SGD)

Salienta-se que, com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio, o risco em relação às taxas moderadoras ficará mitigado, uma vez que passa a estar circunscrito ao estabelecer a cobrança de taxas moderadoras apenas no atendimento em serviço de urgência, ressalvadas as situações em que há referência prévia pelo SNS ou das quais resulta a admissão a internamento através da urgência

Em virtude das alterações legais acima mencionadas, foi efetuada pelo serviço, uma reavaliação do grau de risco, tendo o mesmo passado de Elevado para Baixo.

5. CONCLUSÃO

A avaliação anual do PPR do CHBV, baseou-se, como já mencionado anteriormente, num processo participativo que compreendeu o envolvimento dos diferentes responsáveis pela identificação e prevenção do risco, aos vários níveis da instituição.

Este processo participativo reforçou o elevado sentido de responsabilidade dos envolvidos sobre a importância da implementação de mecanismos e medidas preventivas que permitem reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos de corrupção e infrações conexas a que o CHBV está sujeito.

A avaliação anual permitiu apurar que, das **661 medidas** preventivas inicialmente identificadas, **427 (65%) estão implementadas, 167 estão em curso (25%)** – na sua maioria, como já se referiu, com um prazo de implementação máximo de 12 meses - e **55 estão por iniciar (8%)**.

Conclui-se assim que, a maioria das medidas preventivas já foi implementada, prevendo-se que as restantes estejam a curto prazo, não obstante a enorme carência de recursos humanos com que o CHBV se debate, o que dá bem nota do esforço e do empenho que a instituição tem devotado a este tema capital.

O CHBV vai continuar, pois, a exercer as suas atribuições com o nível de controlo adequado a cada processo, prosseguindo os trabalhos de implementação de um conjunto de políticas e procedimentos internos abrangente e assegurando a eficácia, eficiência e boa administração dos dinheiros públicos nas operações em que intervém, prosseguindo o trabalho de mitigação dos riscos de corrupção e infrações conexas.

Assim e no seguimento da presente análise, recomenda-se para o ano de 2023:

- ✓ 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 e a implementação das medidas entretanto propostas;
- ✓ 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;
- ✓ A 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;
- ✓ A promoção de formação no âmbito do Regime Geral da Prevenção da Corrupção, de acordo com o previsto no DL n.º 109-E/2021 de 9 de dezembro.

Salienta-se, no entanto que, em virtude da Deliberação n.º DE-SNS 012/2022 de 9 de dezembro, encontra-se em processo de análise, o plano de negócios da futura Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E. (ULSRA, E.P.E.), o qual, sendo aprovado, colocará em causa a continuidade da atividade deste centro hospitalar enquanto Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., uma vez que o mesmo passará a integrar a nova ULSRA, E.P.E.

Face ao exposto, será elaborado um novo PPR em função da dimensão, estrutura organizacional e plano estratégico da nova Entidade.

Matrizes de Risco

Anexo 1. Riscos Identificados por Área/Serviço e Respetivas Medidas Preventivas

ÁREA/SERVIÇO: Transversal à Instituição

Sub-área/Serviço		Transversal à Instituição					Legislação/Modificação/Atualização		Gravidade
		Risco Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável		
Estrutura Organizacional	1	Estrutura organizacional desadequada ao	Baixo	Médio	Baixo	1. Garantir a aderência ao Regulamento Institucional, observando a lei e o acordo com a organização interna da entidade. 2. Garantir a existência de Regulamentos Internos de todos os serviços/unidades orgânicas. 3. Verificar a aprovação, homologação, publicação e rentadas com as legislações internas.	CA	O Regulamento Interno aprovado em 2013. Atualizado em 2021.	Amarelo
	2	Comprometimento indevidos, por parte de	Baixa	Médio	Baixo	4. Promover a existência e divulgação do código de conduta da CIBV. 5. Existência de um Regulamento Interno de Conduta de todos os integrantes e/ou de Casas de Doação.	CA, SERVIÇOS CA, SCS	E promulgar a existência de Regulamento Interno com Serviços. Os Regulamentos são aprovados e homologados pelo CA e pelo SCS.	Verde
	3	Avaliação moral ou discriminação contra os	Baixa	Médio	Baixo	6. Promover a existência de um Código de Ética para a Província e Combate ao Analfabetismo Local de Trabalho.	CA, Responsável pelo	O Código de Ética aprovado em 2022.	Verde
	4	Violação das práticas de igualdade e de	Baixa	Médio	Baixo	7. Promover e implementar um Plano para a Igualdade. 8. Criar mecanismos que garantam que situações iguais tenham tratamento igual.	CA, SCS CA, SCS	O Regulamento de Comunicação Interna de Igualdade e de Igualdade de Informação foi aprovado em 2022.	Verde
	5	Violação contra a proibição de uso de	Baixa	Médio	Baixo	9. Implementar e implementar um Plano para a Igualdade. 10. Criar mecanismos que garantam que situações iguais tenham tratamento igual.	CA, Posto focal, SCS CA, Posto focal, SCS	O Código de Ética Contida na a Promoção e Combate ao Analfabetismo Local de Trabalho em 2021.	Verde
Conflito de Interesses	6	Comprometimento da função, transparência e da imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas	Baixa	Médio	Baixo	11. Implementar e implementar um Plano para a Igualdade. 12. Criar mecanismos que garantam que situações iguais tenham tratamento igual.	CA, Posto focal, SCS CA, Posto focal, SCS	Plano para a Igualdade 2022/2023 aprovado em 2021.	Verde
	7	Admissão de trabalhadores no CIBV que	Baixa	Médio	Baixo	13. Implementar e implementar um Plano para a Igualdade. 14. Criar mecanismos que garantam que situações iguais tenham tratamento igual.	CA, Posto focal, SCS CA, Posto focal, SCS	Norma e Plano Focal para a Promoção e Combate ao Analfabetismo Local de Trabalho em 2021.	Verde
		transição de período para o público e	Baixa	Médio	Baixo	15. Implementar e implementar um Plano para a Igualdade. 16. Criar mecanismos que garantam que situações iguais tenham tratamento igual.	CA, Posto focal, SCS CA, Posto focal, SCS	Procedimento de Conflicto de Interesses aprovado em 2018.	Verde
		sejam detentores de interesses privados	Baixa	Médio	Baixo	17. Implementar e implementar um Plano para a Igualdade. 18. Criar mecanismos que garantam que situações iguais tenham tratamento igual.	CA, Posto focal, SCS CA, Posto focal, SCS	Atualização em curso.	Amarelo
		que possam sofrer no interesse geral do	Baixa	Médio	Baixo	19. Implementar e implementar um Plano para a Igualdade. 20. Criar mecanismos que garantam que situações iguais tenham tratamento igual.	CA, Posto focal, SCS CA, Posto focal, SCS	Declarações assinadas e divulgadas na página institucional.	Verde

ÁREA/SERVIÇO: Transversal à Instituição

Sub-tópico/risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Metódica/Monitorização	Gravidade
Prevenção da corrupção	15 Não observância da legislação e regulamentação em vigor relativas à prevenção de corrupção	Baixa	Alto	Moderado	Garantir a existência e execução de um Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Graves (PPR) alinhado com os objetivos estratégicos do CHUV.	CA, SAI, Responsável pelo Cumprimento Normativo RUPC	Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Graves (PPR) aprovado em 2022.	●
	16 Destinação ou não deteção de conflitos de interesses de colaboradores	Média	Médio	Moderado	Garantir a atualização anual do Relatório de Declaração de PFR.	CA, SAI, Responsável pelo Cumprimento Normativo RUPC	O Relatório de Avaliação Intersetorial foi aprovado em 2022.	●
	17 Realização ou não de cumprir a regulamentação que rege o setor de corrupção, de não conduta ou violação das regras profissionais	Baixa	Médio	Baixo	Realização de ações de formação dirigidas a dirigentes, chefias e funcionários sobre os riscos de corrupção e as formas como as gerar.	CA, SAI, Serviços de Promoção Responsável pelo Cumprimento Normativo RUPC	Foi aprovada uma ação de sensibilização em 2022.	●
	18 Suspeita de práticas tomadas de forma intencional, influenciadas pelo recebimento de presentes ou vantagens	Baixa	Médio	Baixo	Criação de um sistema de denúncia de casos ou situações de corrupção no âmbito da administração interna. Implementação de sistemas de comunicação de irregularidades e/ou Canal de Denúncia.	CA, SAI, Responsável pelo Cumprimento Normativo RUPC	O Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades e de Denúncia de Irregularidades foi aprovado em 2022.	●
	19 Percepção da existência pública de que as dirigentes, chefias e funcionários do CHUV, estão sujeitos à influência ou que a decisão está dependente de efeitos ou privilégios	Baixa	Médio	Moderado	Implementação da regulação geral de prevenção de danos dentro de infrações	CA, SAI, Responsável pelo Cumprimento Normativo RUPC	O relatório encontra irregularidades através do acompanhamento de Comunicação Interna de Irregularidades e de Denúncia de Irregularidades foi aprovado em 2022.	●
Avaliação de desempenho	20 Ações de desenvolvimento irregular, favorecendo ou prejudicando trabalhadores	Baixa	Médio	Baixo	Exatidão de recolha de dados para o acompanhamento de RN e de Contratação Pública	CA, SAI, SGAH	Esta situação encontra-se prevista no Código de Conduta do CHUV, a qual, foi divulgada no Relatório Anual e todas as informações e notícias se publicam na Internet e site institucional.	●
	21 Cumprimento de Prazos	Baixa	Médio	Baixo	Declaração de procedimentos a serem observados no caso de recebimento de presentes, Emissão de parecer, pelo Colégio Jurídico, sobre a existência de danos e infrações.	CA, OC	Esta situação encontra-se prevista no Código de Conduta do CHUV, a qual, foi divulgada no Relatório Anual e todas as informações e notícias se publicam na Internet e site institucional.	●
	22 Transmissão de informações e/ou resposta às questões colocadas no CHUV	Baixa	Médio	Baixo	Divulgar as políticas públicas do CHUV, as que encontram no cumprimento de presentes.	CA, OC	Sempre que possível é promovida a transparência	●
Informação e comunicação	23 Organização do CHUV	Baixa	Médio	Baixo	Exatidão de Jura estrutura hierárquica	CA	Organograma do CHUV	●
	24 Ações de desenvolvimento irregular, favorecendo ou prejudicando trabalhadores	Baixa	Médio	Baixo	Definição legal das responsabilidades de dirigentes e chefias.	CA	As direções de desenvolvimento e atividades e definições atuais regulamentares	●
	25 Cumprimento de Prazos	Baixa	Médio	Baixo	No âmbito do SIADAP, submissão de um Conselho Coordenador de Avaliação onde as atividades de avaliação, execução de uma Comissão Paritária onde se encontram representados os vários grupos profissionais.	CA, OC	Esta situação encontra-se prevista no Código de Conduta do CHUV, a qual, foi divulgada no Relatório Anual e todas as informações e notícias se publicam na Internet e site institucional.	●
Informação e comunicação	26 Cumprimento de Prazos	Baixa	Médio	Baixo	Exatidão de Jura estrutura hierárquica	CA, SAI, SGAH	Organograma do CHUV	●
	27 Ações de desenvolvimento irregular, favorecendo ou prejudicando trabalhadores	Baixa	Médio	Baixo	Definição legal das responsabilidades de dirigentes e chefias.	CA	As direções de desenvolvimento e atividades e definições atuais regulamentares	●
Informação e comunicação	28 Cumprimento de Prazos	Baixa	Médio	Baixo	No âmbito do SIADAP, submissão de um Conselho Coordenador de Avaliação onde as atividades de avaliação, execução de uma Comissão Paritária onde se encontram representados os vários grupos profissionais.	CA, OC	Esta situação encontra-se prevista no Código de Conduta do CHUV, a qual, foi divulgada no Relatório Anual e todas as informações e notícias se publicam na Internet e site institucional.	●
	29 Cumprimento de Prazos	Baixa	Médio	Baixo	Exatidão de Jura estrutura hierárquica	CA, SAI, SGAH	Organograma do CHUV	●
Informação e comunicação	30 Cumprimento de Prazos	Baixa	Médio	Baixo	Definição legal das responsabilidades de dirigentes e chefias.	CA	As direções de desenvolvimento e atividades e definições atuais regulamentares	●
	31 Cumprimento de Prazos	Baixa	Médio	Baixo	No âmbito do SIADAP, submissão de um Conselho Coordenador de Avaliação onde as atividades de avaliação, execução de uma Comissão Paritária onde se encontram representados os vários grupos profissionais.	CA, OC	Esta situação encontra-se prevista no Código de Conduta do CHUV, a qual, foi divulgada no Relatório Anual e todas as informações e notícias se publicam na Internet e site institucional.	●
Informação e comunicação	32 Cumprimento de Prazos	Baixa	Médio	Baixo	Exatidão de Jura estrutura hierárquica	CA, SAI, SGAH	Organograma do CHUV	●
	33 Ações de desenvolvimento irregular, favorecendo ou prejudicando trabalhadores	Baixa	Médio	Baixo	Definição legal das responsabilidades de dirigentes e chefias.	CA	As direções de desenvolvimento e atividades e definições atuais regulamentares	●
Informação e comunicação	34 Cumprimento de Prazos	Baixa	Médio	Baixo	No âmbito do SIADAP, submissão de um Conselho Coordenador de Avaliação onde as atividades de avaliação, execução de uma Comissão Paritária onde se encontram representados os vários grupos profissionais.	CA, OC	Esta situação encontra-se prevista no Código de Conduta do CHUV, a qual, foi divulgada no Relatório Anual e todas as informações e notícias se publicam na Internet e site institucional.	●
	35 Cumprimento de Prazos	Baixa	Médio	Baixo	Exatidão de Jura estrutura hierárquica	CA, SAI, SGAH	Organograma do CHUV	●
Informação e comunicação	36 Ações de desenvolvimento irregular, favorecendo ou prejudicando trabalhadores	Baixa	Médio	Baixo	Definição legal das responsabilidades de dirigentes e chefias.	CA	As direções de desenvolvimento e atividades e definições atuais regulamentares	●
	37 Cumprimento de Prazos	Baixa	Médio	Baixo	No âmbito do SIADAP, submissão de um Conselho Coordenador de Avaliação onde as atividades de avaliação, execução de uma Comissão Paritária onde se encontram representados os vários grupos profissionais.	CA, OC	Esta situação encontra-se prevista no Código de Conduta do CHUV, a qual, foi divulgada no Relatório Anual e todas as informações e notícias se publicam na Internet e site institucional.	●
Informação e comunicação	38 Cumprimento de Prazos	Baixa	Médio	Baixo	Exatidão de Jura estrutura hierárquica	CA, SAI, SGAH	Organograma do CHUV	●
	39 Ações de desenvolvimento irregular, favorecendo ou prejudicando trabalhadores	Baixa	Médio	Baixo	Definição legal das responsabilidades de dirigentes e chefias.	CA	As direções de desenvolvimento e atividades e definições atuais regulamentares	●
Informação e comunicação	40 Cumprimento de Prazos	Baixa	Médio	Baixo	No âmbito do SIADAP, submissão de um Conselho Coordenador de Avaliação onde as atividades de avaliação, execução de uma Comissão Paritária onde se encontram representados os vários grupos profissionais.	CA, OC	Esta situação encontra-se prevista no Código de Conduta do CHUV, a qual, foi divulgada no Relatório Anual e todas as informações e notícias se publicam na Internet e site institucional.	●
	41 Cumprimento de Prazos	Baixa	Médio	Baixo	Exatidão de Jura estrutura hierárquica	CA, SAI, SGAH	Organograma do CHUV	●
Informação e comunicação	42 Ações de desenvolvimento irregular, favorecendo ou prejudicando trabalhadores	Baixa	Médio	Baixo	Definição legal das responsabilidades de dirigentes e chefias.	CA	As direções de desenvolvimento e atividades e definições atuais regulamentares	●
	43 Cumprimento de Prazos	Baixa	Médio	Baixo	No âmbito do SIADAP, submissão de um Conselho Coordenador de Avaliação onde as atividades de avaliação, execução de uma Comissão Paritária onde se encontram representados os vários grupos profissionais.	CA, OC	Esta situação encontra-se prevista no Código de Conduta do CHUV, a qual, foi divulgada no Relatório Anual e todas as informações e notícias se publicam na Internet e site institucional.	●

ÁREA/SERVIÇO: Transversal à Instituição

Situação de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Médica/ Monitorização	Gravidade
Segurança das Instalações	23 Risco de incêndio	Média	Alto	Elevado	43 Transmissão e execução e divulgação do Plano de Segurança Física das Instalações.	CA, SI, IE	É elaborada a manutenção periódica e a inspeção aos limites de combate a incêndio. Existem áreas Controladas de manutenção externa que contemplam, planos de verificação, procedimentos de verificação, para as seguintes áreas: Condensadores, Elevadores, Estabilidade (geral e quadros elétricos), Foco de transmissão, Centros de gases medicinais, Centros de gás a armer, AVAC, entre outros. É efetuada a manutenção periódica e inspeção aos limites de combate a incêndio.	●
	24 Risco de intrusão e roubo de bens	Média	Alto	Elevado	44 Aplicação das medidas constantes no Plano de Segurança Física das Instalações.	CA, SI, IE		●
Planejamento e Controlo de Risco	25 Risco de deficiências no controlo das diferentes fases do processo de planeamento e desenvolvimento de projetos por parte dos Dirigentes, falta de informação, alteração, falta de monitorização e avaliação dos resultados alcançados.	Média	Alto	Elevado	45 Cumprimento dos procedimentos previstos na legislação aplicável.	CA, SERVIÇOS	Tem vindo a ser efetuada uma base mensal e monitorização dos registos referentes à atividade clínica, nestas, hospitais de dia, de aprendizagem, ultrassom, radiologia, etc., e a informação é separada aos serviços para correção.	●
	26 Risco de não articulação e / ou deficiências articuladas entre os diferentes departamentos e Unidades	Média	Alto	Elevado	46 Instrução e definição de prazos para cumprimento obrigatório para todos os fins.	CA, SERVIÇOS		●
	27 Risco de pontuação insuficiente de objetivos "core"	Média	Alto	Elevado	47 Realização dos estudos periódicos de diagnóstico.	CA, SERVIÇOS		●
	28 Permissão e acesso à informação não autorizada / utilização da informação para obtenção de vantagem pessoal	Média	Média	Mediocrado	48 Realização de reuniões periódicas de diligentes e entre os serviços para acompanhamento das atividades internas.	CA, SERVIÇOS		●
	29 Não cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD)	Média	Média	Mediocrado	49 Monitorização inercial dos instrumentos de Gestão (Plano de Atividades Plano Estratégico).	CA, SERVIÇOS		●
Proteção de Dados	30 Inaplicação de medidas preventivas no âmbito do RGPD	Média	Média	Mediocrado	50 Sucesso de todosos dirigentes, chefes e trabalhadores do CHBY ao nível legal de saúde.	CA, SERVIÇOS	Os trabalhadores admitidos, assinam um documento no qual assumem o dever de confidencialidade. Esta área também analisa os contratos.	●
	31 Acesso à informação constante das bases de dados informáticas dependentes de um processo de autenticação.	Média	Média	Mediocrado	51 Acesso à informação constante das bases de dados informáticas dependentes de um processo de autenticação.	CA, RA, EPO, SIAS	Existem uma regra na AD, que analisa as tendências específicas para cada colaborador.	●
	32 Avaliação da implementação de níveis de segurança e controlo de acesso aos arquivos / registros.	Média	Média	Mediocrado	52 Avaliação da implementação de níveis de segurança e controlo de acesso aos arquivos / registros.	CA, RA, EPO, SIAS	Implementação de um sistema de controlo de acesso às aplicações.	●
	33 Elaboração de um Manual de Procedimentos do Arquivo.	Média	Média	Mediocrado	53 Elaboração de um Manual de Procedimentos do Arquivo.	CA	Em curso.	●
	34 Estabelecimento de um Regulamento de Acesso à Informação.	Média	Média	Mediocrado	54 Estabelecimento de um Regulamento de Acesso à Informação.	CA, RA	Em curso de execução.	●
Normas funcionamento dos serviços	35 Estabelecimento de um Regulamento de Proteção de Dados.	Média	Média	Mediocrado	55 Estabelecimento de um Regulamento de Proteção de Dados.	CA, EPO	Em curso de execução.	●
	36 Avaliação da implementação e o cumprimento do RGPD.	Média	Média	Mediocrado	56 Avaliação da implementação e o cumprimento do RGPD.	CA, EPO	Em curso de execução.	●
	37 Promover a formação no âmbito da proteção de dados.	Média	Média	Mediocrado	57 Promover a formação no âmbito da proteção de dados.	CA, EPO, Serviço de Formação	Em curso de execução.	●
	38 Promover a existência de normativas internas no âmbito do acesso à informação, monitorizada a base legal para existência e divulgação de dados sensíveis.	Média	Média	Mediocrado	58 Promover a existência de normativas internas no âmbito do acesso à informação, monitorizada a base legal para existência e divulgação de dados sensíveis.	CA, RA, EPO	Em curso de execução.	●
	39 Implementação das medidas preventivas no Plano de Contingência do CHBY para a infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19)	Média	Média	Mediocrado	59 Implementação das medidas preventivas no Plano de Contingência do CHBY para a infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19).	CA, SERVIÇOS		●
	40 Implementação de outras medidas decretadas pelo Governo	Média	Média	Mediocrado	60 Implementação de outras medidas decretadas pelo Governo.	CA, SERVIÇOS		●

ÁREA/SERVIÇO: Transversal à Instituição

Setores do Risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação, Monitorização e Modificação	Gravidade
Arquivo Clínico	31 Utilização indevida de informação clínica	Alta	Alto	Eliminado	61 Estabelecer procedimentos, orientações e regras por forma a definir o circuito e a responsabilidade por a acesso, a gestão e o arquivo do processo clínico.	CA, SERVIÇOS EPO	Em curso	Amarelo
	32 Processos não arquivados e duplicados	Baixa	Médio	Baixo	62 Cumprimento da regulamentação em vigor sobre a Proteção de Dados.	CA, SERVIÇOS EPO		Verde
	33 Processos não arquivados e duplicados	Baixa	Médio	Baixo	63 Deixar procedimentos seguir para o preenchimento dos dados no processo clínico e atribuição do número do processo clínico.	CA, SERVIÇOS	Em curso	Amarelo
	34 Facilidade de acesso ao arquivo clínico	Baixa	Alto	Medeando	64 Realizar revisões periódicas nos registos clínicos para evitar duplicações.	CA, SERVIÇOS	Em curso	Amarelo
	34 Garantia de confidencialidade no acesso à informação clínica	Baixa	Alto	Medeando	65 Limitação do acesso ao arquivo clínico.	CA	Em curso	Amarelo
	34				66 Desempenhamento de ações de formação e de sensibilização sobre o regime de acesso a dados pessoais, nomeadamente ao âmbito do RGPD.	CA, EPO	Foram promovidas formações no âmbito do RGPD	Verde
Espelho					67 Fazer perfil de acessos.	CA, EPO, SI/AS	Existe uma regra no AD, que atribui as credenciais específicas para cada utilizador	Verde
					68 Elaborar procedimentos que garantam que o acesso a dados pessoais é restrito e que há mecanismos capazes de rastrear os acessos.	CA, EPO, SI/AS	Instalação de um sistema de controlo de acessos às aplicações.	Amarelo
					69 Elaboração e/ou revisão de procedimentos escritos para a salvaguarda de acesso de usuários.	CA, SERVIÇOS	O Regulamento de Gestão de Dados aprovado em 2023	Verde
	35 Serviço de busca personalizada nos sistemas e segurança da informação	Baixa	Baixo	Baixo	70 Informar todo o registo de espelhos, permitindo identificar os espelhos ativos, lista de receção e de entrega e todos os intervenientes.	CA, SERVIÇOS	No momento de atualização do mesmo é efetuado a verificação de aplicação na aplicação CHAP	Verde
					71 Divulgar formalmente para os colaboradores envolvidos nos procedimentos escritos existentes sobre esta tarefa.	CA, SERVIÇOS	O Regulamento de Gestão de Dados foi divulgado. Boletim Informativo a todos os colaboradores e publicado na Intranet.	Verde

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Auditoria Interna (SAI)

Sub-Área de risco	Sinais Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Serviços Preventivos	Serviços Corretivos	Implementação, Medição/Monitorização	Gravidade
Organização do Serviço	1. Organização função indefinida	Baixa	Médio	Baixo	1. Fornecer assistência de registo/controlo do serviço.	SAI	Carta de Auditoria aprovada em 2021	●
					2. Definir as atividades e responsabilidades de todos os funcionários no SAI.	SAI		●
	2. Quadro de pessoal inadequado, multivalente ou pouco qualificado	Baixa	Médio	Baixo	3. Dotar o Serviço de Auditoria Interna com recursos humanos adequados, com habilitação e competências profissionais exigidas ao exercício das funções de controlo interno, enquadrado na legislação em vigor.	SAI, CA	Em janeiro de 2022, foi substituído o perfil de um Técnico Superior para o SAI. Encontramos-a a aguardar respetiva aprovação da escala.	●
					4. Participar em ações de formação para melhorar a desempenho profissional.	SAI	Encontramos previsto um plano de formação no Plano Anual de Auditoria Interna.	●
Plano de Auditoria	3. Insuficiência de declaração de incompatibilidades e impedimentos	Baixa	Alto	Moderado	5. Promover a existência de uma declaração de incompatibilidade e impedimentos para os membros do SAI, de acordo com o mencionado no nº7 do artigo 66.º do DL nº 52/2022 de 1.08.2022.	SAI	Em 2021, quando a assinatura do Auditor Interno.	●
	4. Ausência ou não cumprimento do Plano de Auditoria	Baixa	Médio	Baixo	6. Elaboração atual do plano de atividades considerando com os objetivos da CHUV, através da qual sejam definidas ações de avaliação das atividades de C e de gestão de recursos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para a sua aperfeiçoamento contínuo.	SAI, CA	Foi aprovado o Plano Anual de Auditoria Interna.	●
					7. Monitorizar a execução e a execução do Plano de Auditoria.	SAI	Segundo o monitoramento, é referido ao CA a melhoria do plano.	●
					8. Informar a gestão dos controlos internos associados ao SAI.	SAI	No Relatório Anual de Auditoria Interna é referida uma análise da atividade desenvolvida pelo SAI.	●
Follow-up das recomendações	5. Não incluir as potenciais áreas de risco no Plano Anual de Auditoria	Baixa	Alto	Moderado	9. Avaliação periódica do risco das áreas de atividade de auditoria.	SAI	É efetuada a análise dos resultados de avaliação interna e anual do PPA.	●
	6. Não acompanhamento das recomendações emitidas pelo SAI aprovadas pelo CA	Baixa	Alto	Moderado	10. Realização de auditorias de follow-up.	SAI	Encontramos as referidas no Plano Anual de Auditoria Interna.	●
	7. As ações de auditoria interna desenvolvidas não impactaram diretamente na melhoria contínua do sistema de controlo interno	Baixa	Alto	Moderado	11. Avaliar para cada área 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.	●
					12. Mecanismos de recolha de documentação de todos os elementos de prova da auditoria e outros elementos de suporte.	SAI	Todas as evidências recolhidas estão anexas ao relatório.	●
Relatório de Auditoria	8. Falta de qualidade nos relatórios de Auditoria Interna	Baixa	Alto	Moderado	13. Acompanhamento e supervisão permanente das diferenças entre as práticas de auditoria.	SAI		●
					14. Promover o contacto dos profissionais do Serviço de Auditoria Interna.	SAI	Encontramos previsto um plano de formação no Plano Anual de Auditoria Interna.	●
					15. Realização das ações de auditoria em conjunto com indicação dos membros da organização.	SAI		●
	9. Ausência de rigor, honestidade e objetividade na recolha de evidências	Baixa	Alto	Moderado	16. Uniformização das procedimentos, métodos e técnicas com o estado de gestão e controle.	SAI		●

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Auditoria Interna (SAI)

Sub-área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Médica/Monitorização	Gravidade
Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC)	10 Falhas no acompanhamento e no reporte da execução do Plano de Prevenção da Riscos de Corrupção e Infrações Censurais (PPRC)	Baixa	Alto	Moderado	17 Promover o acompanhamento da execução das medidas preventivas no PPRC.	SAI: CA Responsável pelo Cumprimento Normativo RGPC	O Relatório de Avaliação Intersectoral foi aprovado em 2022	●
	11 Insuficiência de um sistema de comunicação interna de irregularidades e canal de denúncias.	Alta	Alto	Moderado	18 Promover a existência de um Regulamento que defina as regras e procedimentos da Comunicação Interna de Irregularidades e Denúncias de Infrações; 19 Receber e avaliar as comunicações de irregularidades e denúncias de infrações apresentadas ao âmbito do respectivo Regulamento.	SAI: CA Responsável pelo Cumprimento Normativo RGPC	O Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades e Denúncias de Infrações foi aprovado em 2022.	●
	12 Insuficiência de um Código de Conduta	Baixa	Alto	Moderado	20 Promover a existência de um Código de Conduta da CHERV	SAI: CA Responsável pelo Cumprimento Normativo RGPC	O Código de Conduta foi aprovado em 2022.	●
	13 Insuficiência de um programa de formação interna	Baixa	Alto	Moderado	21 Promover a existência de um programa de formação interna sobre as políticas e procedimentos de prevenção da corrupção e infrações censurais implementados.	SAI: CA Responsável pelo Cumprimento Normativo RGPC	Foi implementada uma acção de sensibilização em 2021.	●
	14 Insuficiência de um responsável pelo cumprimento normativo	Baixa	Alto	Moderado	22 Promover a atribuição de um responsável que gereira e controle a aplicação do programa de cumprimento normativo.	SAI: CA Responsável pelo Cumprimento Normativo RGPC	Nomeado em 2022	●
	15 Insuficiência de uma declaração de conflito de interesses	Baixa	Alto	Moderado	23 Promover a existência de uma declaração de conflito de interesses conforme definido no nº 2 do artigo 23º do RGPC.	SAI: CA Responsável pelo Cumprimento Normativo RGPC	Modelo a adotar por portaria Aguardar implementação MEDNA e medidas do governo.	●

ÁREA/SERVIÇO: Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão (GPCG)

Sítio/Área de risco	Risco (em 5 níveis)	Impacto	Probabilidade	Subsistema de Planeamento e Controlo de Gestão	Serviço Responsável	Implementação de Medidas/Plano de contingência	Nota de Execução
Organização do Serviço	1. Organização da função trabalhada	Média	Média	1. Elaboração e atualização do funcionamento do serviço	GPCG	Média ainda não implementada	●
				2. Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções exercitadas no GCG	GPCG	A distribuição de funções e responsabilidades não está formalizada em documento escrito	●
				3. Avaliar a necessidade de reforçar ou capacitar a equipa de profissionais do GCG tendo em conta a natureza específica da atividade	GPCG	O GPCG conta, desde o início de Setembro de 2022, com a colaboração de um novo elemento a tempo inteiro para as funções de data science	●
	2. Alargamento do espectro de competências das colaboradoras	Alto	Média	4. Participar em ações de formação para melhorar o desempenho profissional	GPCG	Os membros do GPCG têm vindo desde 2022, a reforçar as suas competências nas áreas de intervenção do GPCG através da participação em diversos ações de formação como p.ex.: Planeamento e Controlo de Gestão, Value Based Health Care, Auditoria para serviços não clínicos, gestão por objetivos entre outras.	●
	3. Falta na investigação entre aplicações	Média	Baixa	5. Estimar, com regularidade, o cumprimento de informação proveniente das diferentes aplicações que se integram no modo a validar a coherência dos dados e analisar o impacto de erros de interação entre aplicações, quando estes existirem.	GPCG	Esta atividade é realizada de forma regular pelo GPCG, no mínimo duas vezes anuais, a quando dos relatórios regulares para a tutela.	●
				6. Diminuir a dependência de aplicações externas para a produção de informação	GPCG	Fica as dificuldades de recrutamento de RH, visto que a tendência será para o recurso cada vez maior a produções de serviços externas.	●
				7. Criar mecanismos automáticos de validação de dados e realização de testes de consistência dos dados.	GPCG	O GPCG tem um conjunto de soluções automáticas que permitem validar os dados de algumas áreas chave. Com a finalização do projeto Audit & Insights o 1º semestre de 2023, o espectro de validação automática será alargado.	●
	4. Elaboração de informação baseada de forma inovadora	Média	Média	8. Introduzir tecnologia de tomada de decisões para a gestão do serviço	GPCG		●
Apelo à gestão	5. Divulgação adequada de informação a terceiros (interiores ou exteriores à instituição)	Alto	Baixa	9. Criar um procedimento de divulgação de informação (em 2º elemento de validação automática)	GPCG	Má execução do procedimento escrito	●
				10. Elaboração de um procedimento interno com as regras de divulgação de informação	GPCG	Apesar de se cumprir um circuito de autorização para a divulgação de informação, ainda não existe um procedimento escrito	●
				11. Atualização periódica, pelo Conselho de Administração, de relatórios e regras para divulgação geral	GPCG	Tem vindo a ser desenvolvida uma base manual e sistematização dos registos referentes à confidencialidade, consultas, longitudes de data, licenças, documentos ultrapasados, expirações, etc, a não pararmos estes, para a informação é reportada aos serviços para correção.	●
	6. Produção não registada em tempo real / ou Produção incorretamente registada	Alto	Média	12. Promover regularmente reuniões anuais de produção	GPCG	O GPCG regista um calendário de reuniões de atualização regular em data concorrente com o caso do relatório de produção de casos COVID, no parte anual de dados para o SICSA, RASIP, e também o RBO, para além de PNO anual.	●
	7. Produção realizada sem que haja qualquer registo informático	Média	Média	13. Manutenção de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de regras para registo de atividades produzidas	GPCG	No âmbito da sua atividade o GCG elabora e valida a informação através do cruzamento de fontes diferentes (ex: TIRAS SONHO, SONHO VS LUNAR, SONHO 76 SLENCO, etc)	●
				14. Alargar o âmbito de cruzamento de informação entre as diversas aplicações	GPCG		●
				15. Implementação de mecanismos de controlo para evitar e mitigar a eventualidade de erros humanos	GPCG		●

ÁREA/SERVIÇO: Gabinete Jurídico e Contencioso (GJC)

Sub-área/Divisão	Relações Inter-funções	Probabilidade	Impacto	Risco	Gabinete Jurídico e Contencioso Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação: Metas/Indicadores	Gravidade
Organização de Serviço	1 Organização da função indefinida	Baixo	Baixo	Baixo	1. Promover a existência de regulamento interno de serviço. 2. Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no GJC, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	GJC	Não existe RI	●
	2 Quadros de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Média	Médio	Moderado	3. Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuadas e o recurso à externalização. 4. Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	GJC	O GJC é composto por 1 técnico superior e 1 assistente técnico - a distribuição de tarefas é natural	●
	3 Redução da qualidade e/ou falta de recursos humanos, decorrentes do desinvestimento de investigação de crimes, limitação das fontes de informação disponíveis, erros técnicos	Baixa	Baixo	Baixo	5. Accionar a produção de informação específica a solicitar. 6. Estrutura hierarquizada de decisão com a consequente redução das matérias em diferentes níveis. 7. Monitorização ativa e gradual das alterações regulamentares.	GJC	O volume de trabalho é muito para a capacidade dos RH existentes	●
	4 Processos não realizados em tempo oportuno	Média	Médio	Moderado	8. Criar mecanismos de controlo para que as entidades intervenientes nos processos cumpram as suas responsabilidades de forma escrita e adequada (no sentido anterior à tomada de decisão, o despacho e prazos) tendo em conta a sua natureza.	GJC	O GJC só tem 1 técnico e responde, desvinculado à Presidência do CA.	●
Assessoria Jurídica e elaboração de pareceres e informações	5 Comunicação, alegações e/ou contra-alegações em defesa dos intervenientes GJC	Baixa	Alto	Moderado	9. Criar mecanismos/procedimentos de articulação integrada entre a Câmara Judicial e a etapa de substituição via JICA e outros serviços (controlo interno).	GJC	Toma-se em atenção as alterações legislativas e as orientações internas	●
	6 Críticas dirigidas à regionalidade de tentativas, acusadas por obter	Média	Médio	Moderado	10. Serviços Financeiros, de modo a tirar na verificação de existência de prescrições de validade de cobrança, e emissão de respetiva altura com prazo bastante para a sua prescrição do referido prazo de validade.	GJC, IF	As situações que se colocam ao GJC muitas vezes são colocadas verbalmente e necessitam de respostas imediatas.	●
							Autógrafos Serviços procuram articular-se, uma lá falta de RH em alguns os serviços para conseguir atender a todas as situações	●

ÁREA/SERVIÇO: Gabinete de Comunicação (GC)

Sub-área do Serviço	Estrutura Organizacional	Previsibilidade	Impacto	Risco	Gabinete de Comunicação		Serviço Responsável	Implementação (Medidas/Intervenção)	Grau de Execução
					1	2			
Organização do Serviço	1	Organização da função indefinida	Baixa	Baixo	Baixo	1	GC	Em um curso de implementação do Regulamento Interno do Serviço, que inclui para além do Gabinete de Comunicação, a Central telefónica e os Serviços Informativos dos hospitais, a Unidade de Urgência e as Unidades de Internamento e Urgência das três e suas unidades hospitalares, respetivamente, que integram o CEBV.	●
	2	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Média	Médio	Moderado	2	GC	A definição de estruturas funcionais integradas o Regulamento Interno do Serviço, estando, portanto, também em curso.	●
	3	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Média	Médio	Moderado	3	GC	Principais e elaboração de uma análise funcional para, posteriormente, dar a um levantamento, inventário, precificação, avaliação de custos, particularmente no âmbito do atendimento telefónico e da prestação de informações a familiares e utentes.	●
	4	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Média	Médio	Moderado	4	GC	O grupo de colaboradores do Serviço participará, de forma conjunta, nas reuniões para a elaboração do Regulamento Interno do Serviço. Ainda assim, urge promover um plano de formação específica, que permita a melhoria do atendimento aos públicos, intervenientes, do Centro Hospitalar.	●
Comunicação e Imagem	5	Prestação de informação inadequada e pouco errada	Baixa	Alto	Moderado	5	GC	As informações apenas são divulgadas após aprovação por um membro do Conselho de Administração. A plataforma de Internet do Hospital de forma a ser mais interativa, legível, mais fácil utilização. Todas as informações divulgadas na Internet são verificadas no âmbito do Centro Hospitalar, que tem caráter sensível, e que é avaliado, por email, a todos os colaboradores.	●
	6	Prestação de informação inadequada de imagem da instituição	Baixa	Alto	Moderado	6	GC	Para além da divulgação de informação legalmente exigida, as demais informações (que não obrigatórias para os utentes) que promovam de imagem em saúde são divulgadas após aprovação por um membro do Conselho de Administração.	●
	7	Condições de site do Hospital	Baixa	Alto	Moderado	7	GC	Não obstante a melhoria sempre possível que o site da instituição pode sofrer, consideramos que não cumpre as atualizações legalmente exigidas e as que favoreçam uma melhor relação da instituição com os seus públicos-alvo.	●
	8	Condições de site do Hospital	Baixa	Alto	Moderado	8	GC	Todas as iniciativas, publicações e divulgações são previamente aprovadas pelo Conselho de Administração.	●
	9	Comunicação interna não lida ou recebida	Média	Médio	Moderado	9	GC	Apesar de, atualmente, o Gabinete de Comunicação controlar que "corra" a todos os níveis para além e impacto das suas comunicações.	●
	10	Publicação de informação que não é recebida	Baixa	Alto	Moderado	10	GC, EBD	As atividades de comunicação, apesar de serem realizadas autonomamente pelo Conselho de Administração, as publicações, sobretudo as que envolvem: imagem, têm sempre um acompanhamento oral dos seus responsáveis. Em um curso a respeito de um documento de comunicação escrita que melhor defina a importância dos participantes nas diferentes atividades de CEBV que são publicadas e que promova a própria instituição.	●

ÁREA/SERVIÇO: Gabinete de Comunicação (GC)

Sub-título dentro	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Médica/Non Médica	Gravidade
Previsão de informação a familiares	9 Prestação de informação, via oral, possível de violar o RHP	Alta	Alto	Elevado	Elaboração de um Manual de Regras e Conduta, com adequada formação, para as colaboradoras que têm funções de atendimento ao público, realizadas nos serviços informativos e na Central Telefónica	GC RPD	Ação: acompanhamento, prioritária.	

ÁREA/SERVIÇO: Serviços Farmacêuticos

Sob Área de risco	Áreas Identificadas	Probabilidade	Impacto	Risco	Serviços Farmacêuticos Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medida/Monitorização	Cor de Risco
Organização do Serviço	1. Organização da função triagem	Baixa	Baixo	Baixo	1. Presença de assistência de registo no turno do serviço.	Serviço Farmacêuticos		●
					2. Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes nos Serviços Farmacêuticos a qual deverá contemplar uma adequada segregação de funções.	Serviço Farmacêuticos		●
					3. Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a capacidade instalada, a atividade desenvolvida e o recurso a trabalho straordinario/suplementar.	Serviço Farmacêuticos	Foi reconstruído efetuando uma análise das funções existentes no âmbito dos Serviços Humanos.	●
	2. Quadro de pessoal qualificado, qualificação ou pouco qualificado	Média	Alto	Elevado	4. Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	Serviço Farmacêuticos Serviço de Farmácia	Existem colaboradores em desenvolvimento de competências, nomeadamente através de licenciatura e em pós-graduações em Farmacologia Aplicada e Gestão e Direção de Serviço. E está curso o Projeto Kasten - Método de Fluxo do Circuito de Medicamento.	●
Cuidos Específicos					5. Implementar medidas avançadas em todos os serviços clínicos e realizar estratégias de educação existentes ao longo do exercício, com informação ao CA.	Serviço Farmacêuticos	Atualmente, não é possível a implementação de uma estratégia pública de "Armazenamento seguro", no entanto foram propostas medidas alternativas para a implementação de um sistema semelhante. De referir que foi aprovada a criação de armazéns associados Pyxis.	●
					6. Restrição do acesso ao Serviço Farmacêutico a pessoal autorizado.	Serviço Farmacêuticos	Em curso	●
					7. Exatidão de contagem de segregação.	Serviço Farmacêuticos IPD	Medida de Minifl Implementação por questões ligadas ao RGPD.	●
					8. Estudantes e pós-graduados encontram-se em regime de acesso restrito.	Serviço Farmacêuticos	Foi proposta a criação de um Manual ao Cefre.	●
	3. Acesso limitado às funções e dentro de funções farmacêuticas	Alta	Alto	Elevado	9. Segregar funções e responsabilidades das operações	Serviço Farmacêuticos	A candidatura à Certificação com IFA, pelo modelo AIDA da DGS, promove a segregação de funções e a delegação de responsabilidades. Foi desenvolvido um quadro semanal informativo sobre a Organização e Distribuição das Tarefas com AIO 1. Esta em fase de implementação, sobjeta de "Registo Diário - Atividades Realizadas e Notificação".	●
					10. Monitorizar periodicamente os consumíveis por serviço.	Serviço Farmacêuticos	Em curso	●
					11. Realizar periodicamente inventário dos materiais controlados.	Serviço Farmacêuticos	Até ao momento foi possível implementar em alguns de inventário por material, no entanto é efetuado o inventário anual dos armazéns centrais.	●
	4. Manutenção adequada dos registos e dos controlos de qualidade	Baixa	Alto	Moderado	12. Verificar que a informação constante dos registos de estatísticas (recepção, utilização interna, expedição) é corretamente registada no sistema de gestão de existências (análise, obsolescência, validade, prazo de validade e stock).	Serviço Farmacêuticos	Em curso	●
	5. Recorrer ao controlo de qualidade	Baixa	Baixo	Baixo	13. Recorrer apenas os medicamentos/produtos farmacêuticos constantes em lista de exceção, que estejam em bom estado físico e pela qualidade reconhecida.	Serviço Farmacêuticos		●

ÁREA/SERVIÇO: Serviços Farmacêuticos

Sub-área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviços Responsáveis	Implementação Medidas/Atualização	Gravidade
Grande Exatidão	6. Falta de entrega dos produtos farmacêuticos - ausência dos fornecedores	Média	Alto	Elevado	14. Existência de procedimento de receção de encomendas.	Serviços Farmacêuticos	Atão informalidades detectadas na recepção das encomendas, são comunicadas ao serviço administrativo, que se encarrega, entre em contacto com os respectivos fornecedores.	●
	7. Excesso de stock que se poderá tornar inutilizável ou obsoleto	Baixa	Médio	Moderado	15. Verificar e registar os atos conformidades na entrega dos fornecedores.	Serviços Farmacêuticos	Existem os livros "Alerta Verificar Lot e Validade" e "Alerta Medicamento do Fim do Stock".	●
					16. Implementar medidas de controlo de qualidade - validade, conservação entre sistemas de alerta.	Serviços Farmacêuticos	Desde Junho há que constatar o stock de cada vez mais, se verificar a validade, o stock a nível nacional, que chega a parecer a importação. A importação, para além de valores mais elevados, acresce as quantidades em trânsito e o custo do transporte. Salvo se que em algumas cases, imediatamente ao tratamento farmacológico, são efetuados pedidos (eventuais) de medicamentos em função do controlo dos sistemas em tratamento.	●
					17. Analisar, mensalmente, as produções com características (farmacopéia) (até ao mês de 1 ano) e questionar os possíveis serviços consultados sobre a utilização esperada desses produtos.	Serviços Farmacêuticos	Está em fase de conclusão o trabalho efectuado com a Kizen, para que os indicadores sejam actualizados nos fluxos de processo.	●
	8. Controlo inadequado das medicações (propriedades farmacológicas, resultados de alterações da temperatura e/ou humidade)	Baixa	Baixo	Baixo	18. Actualização semestralmente do plano de monitorização.	Serviços Farmacêuticos		●
	9. Armazenamento incorreto (falta de luz, falta de ventilação)	Média	Alto	Elevado	19. Monitorização contínua da temperatura e humidade em todas as salas de produção de armazenamento de medicamentos/produtos farmacêuticos.	Serviços Farmacêuticos		●
	10. Falta de rastreabilidade (rastreabilidade) para os serviços clínicos relativos ao Cuidado de Medicamentos Críticos (Exemplos: Insulinas, Psicotrópicos, Hemoderivados...)	Média	Médio	Moderado	20. Estabelecer/descrever procedimentos de controlo e registo de temperatura e humidade.	Serviços Farmacêuticos	Existem	●
					21. Identificação das unidades farmacêuticas com código de barras, por local de armazenamento, distribuição, trânsito, intrahospitalar, ambulatório, farmácia e PDR.	Serviços Farmacêuticos	Atualmente, não é possível a implementação de uma em sistema de rastreabilidade, no entanto, há um projeto em andamento para implementação de um sistema semelhante.	●
	11. Falta de rastreabilidade de medicamentos por membros de equipes de grupos de trabalho, de acts de procedimentos, por exemplo, avaliação, análise de riscos, avaliação de impacto de alterações, avaliação de impacto de alterações de medicamentos.	Baixa	Baixo	Baixo	22. Fecho do circuito de rastreabilidade do ciclo farmacêutico - Distribuição e Administração, com a criação de armazém de emergência e registo de toda a medicação em uso.	Serviços Farmacêuticos	De acordo, que foi aprovada a criação de armazém e unidades de PDR.	●
	12. Medicamentos em trânsito dos serviços farmacêuticos para os Serviços Clínicos e vice-versa.	Baixa	Baixo	Baixo	23. Atualização de Declarações de Incapacidade de Incapacidade de Incapacidade, nos termos da legislação em vigor.	Serviços Farmacêuticos	Declarações assinadas e publicadas pelos médicos da CFT.	●
	13. Riscos de contaminação de produtos farmacêuticos.	Baixa	Médio	Baixo	24. Implementação de registo por PDR (para entrega e recepção a quem for), bem como as condições de armazenamento e de produção farmacêutica, não autorizados, com a criação de armazém de emergência e registo de toda a medicação em uso.	Serviços Farmacêuticos	Foi solicitado a empresa de suporte, que os documentos sejam do tipo de contagem de produtos, sempre com código de barras no QR.	●
					25. Planear e implementar o plano de emergência de emergência de emergência.	Serviços Farmacêuticos		●
					26. Rastreio e monitorização dos riscos e efeitos de vacinas de emergência, bem como o plano de emergência.	Serviços Farmacêuticos		●

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

Sub-área de estudo		Graus de dificuldade		Produtividade	Impacto	Risco	Serviço de Gestão de Doentes		Modalidades/Processos		Serviço Responsável	Implantação: Módulos/Modalidades	Nota de Execução
Organização do Serviço	1	Organização da função definida	Média	Média	Moderado	1	Promover a existência de registo interno do serviço.		Definir as responsabilidades e responsabilidades de todas as funções existentes no SGD, aquando deverão conhecer as suas adequadas delegação de funções.	SGD	Boa e o regulamento do SGD, mas está em fase de revisão.	●	
	2	Quadro de pessoal adequado, incluindo ou pouco qualificado	Média	Média	Moderado	2	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a capacidade limitada, a atividade desenvolvida e o recurso a trabalho extraordinário/insubstituível.		SGD, Serviço de Formação	Existem documentos que definem as responsabilidades para os secretários do SGD. A todos os quadros de pessoal é feita de forma sistemática e os profissionais vão sendo alertados nos secretários conforme as necessidades. O recurso ao trabalho extraordinário tem sido pontual.	●		
	3	Falta na investigação entre aplicações	Média	Média	Moderado	3	Efetuar, com regularidade, o levantamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se integram no âmbito a validar a consistência das ideias e outras relações de termos de inserção entre aplicações, quanto estas existam.		SGD, SIAS	São utilizadas as seguintes tabelas: o SIOMA e o SIOVHO. São analisadas as listas de dados de report e após informação de pedidos em lista de espera duplicação e informação de testes laboriais com exames ativos. São analisadas mensualmente as listas de dados de exames estruturadas pela URSIA e reportados os erros de informação de laboriais.	●		
	4	Falta de poder no contacto com os utentes	Baixa	Média	Baixo	4	Divulgação do Colégio de Contatos da instituição.		SGD	O código de conduta do CIBV é divulgado na intranet. Toda a equipa tem acesso.	●		
	5	Estado federativo de declaração de presença	Baixa	Baixo	Baixo	5	Promover/eliminar a chegada aos profissionais sobre a qualidade no atendimento aos utentes dos serviços de saúde e gestão de recursos em situações de conflito.		SGD, Serviço de Formação	Sempre que é promovida formação nesta área, os profissionais do SGD são incentivados a participar e é-lhes facilitado o horário para esse efeito.	●		
Administração de doentes/ faturação, alta administrativa	6	Estado federativo de declaração de presença	Baixa	Baixo	Baixo	6	Recolher todos os blocos de missão de verificação de presença clínica e estruturar a sua frequência em 1 ou 2 locais específicos da instituição.		SGD	Foi feita essa revisão. O rigoroso e a declaração de presença é informatizada.	●		
	7	Admissão de doentes com informação insuficiente ou incorreta	Alta	Média	Moderado	7	Elaboração de normativas e procedimentos de controle interno para a área de admissão de doentes.		SGD	Atualmente recorrem ao CHB/ ou ao sistema de doentes para a área de saúde, por serem migrantes, essencialmente através do serviço de triagem e de triagem de urgências de acesso imediato (UAI). Tem sido difícil encontrar esse problema porque alguns episódios foram incompletos em termos de atualização.	●		
	8	Admissão de doentes com informação insuficiente ou incorreta	Alta	Média	Moderado	8	Sensibilização dos colaboradores para a importância da correta e completa identificação dos utentes da instituição.		SGD	Os profissionais são frequentemente alertados para a importância de manter e continuar todos os campos.	●		
	9	Produção não segmentada em tempo real	Baixa	Média	Baixo	9	Implementar registo no sistema de informação que garanta que todos os campos obrigatórios têm que ser preenchidos.		SGD, SIAS	Para o registo estão a ser implementados a lista de verificação a alguns utentes que não têm ou não se fazem acompanhar de todos os documentos, necessariamente no serviço de urgência.	●		
	10						Manutenção de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de regras para registo de atividade/procedimento.		SGD, SGD	Os profissionais são frequentemente alertados e acompanhados para a garantia dos prazos de registo da atividade, atualização e acompanhamento e reportados em profissionais quando necessário. Passam para a definição dos objetivos de avaliação dos profissionais.	●		

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

[illegible]

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

Símbolo de risco	Risco Identificado	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas Monitorização	Gravidade
Taxas moderadoras	Falta de cobrança de taxas moderadoras no momento da aferição do ato médico, por falta de eficiência entre as partes do utente	Baixa	Médio	Baixo	Implementação de notificações que garantam maior celeridade e segurança na obtenção da receita proveniente de taxas moderadoras.	SGD	A 1 de junho de 2022 entra em vigor o decreto-lei 137/2022 de 27 de maio que prevê a cobrança de taxas moderadoras apenas no momento em que se presta o serviço de urgência, sendo estas as situações em que há referência prévia pelo SNS ou dos quais resulta a admissão a internamento através da urgência. No regulamento deste decreto, n.º 4, CDUP, alínea c), as secções não são permitidas para cobrança de taxas moderadoras.	●
	Avaliação incorreta de receita de taxas moderadoras	Baixa	Médio	Baixo	Todos os recibos emitidos devem ser entregues, com o registo do motivo de emissão, e devem constar da fatura da entrada da SCDH enviada aos Serviços Financeiros.	SGD, SF	Implementado	●
					Os colaboradores devem ao serviço de Taxas Moderadoras não ser permitido para a fazer análises de recibos.	SGD, SF	Em processo de implementação	●
16	Recurso incorreto ou injustificado a NCDT	Baixa	Alto	Moderado	Elaborada e/ou revista de normativos e procedimentos para recolha de taxas ao este-turque obrigam ao cumprimento de um conjunto de validações, autorizações.	SGD	Implementado	●
					Segregação de funções e responsabilidades das operações.	SGD	Implementado	●
					Estabelecimento de regras de monitorização interna de atividades e comunicação de NCDT com registo do respetivo processo clínico.	SGD	O SCD não emite mais ou processa clínicos	●
17	Admissão de doentes incorreta para realização de NCDT	Baixa	Baixo	Baixo	A admissão de doentes para a realização de NCDT's, apenas será efetuada depois de validada a elegibilidade da responsabilidade financeira de entidade credora responsável.	SGD	Implementado	●
					Estabelecimento de regras de NCDT por especialidades.	SGD	Implementado	●
					Controlo das requisições de NCDT.	SGD	Implementado	●
18	Procedimento de NCDT e Transportes de doentes	Baixa	Baixo	Baixo	Garantir o acompanhamento na emissão do contrato de transportes de doentes.	SGD	Implementado	●
					Implementação de Admissão de Gestão Integrada de Transportes de doentes com os normativos vigentes.	SGD, SAG	Implementado	●
					Elaboração de protocolos e procedimentos de controlo interno para a área de transportes de doentes.	SGD	Procedimentos conforme a legislação em vigor	●
19	Existência de conflitos de interesses na prestação de NCDT, realizados no exterior e Transporte de Doentes	Baixa	Médio	Baixo	Segregação de funções e responsabilidades das operações.	SGD	Implementado	●
					Estabelecer que os diretores de serviços devem proceder à revisão e aprovação das práticas de serviços internos.	SGD, Serviços Clínicos	Implementado	●
					Controlo das requisições de transportes de doentes.	SGD	A emissão da requisição de transporte de doentes é de responsabilidade médica. O controlo da requisição é da responsabilidade da central de transportes e por dos procedimentos dos serviços a partir da emissão da requisição.	●
20	Gestão da Lista de Espera de Consultas	Média	Médio	Moderado	Monitorização do cumprimento dos TMEC.	SGD, Serviços Clínicos	Monitorização por si.	●
					Serão realizadas reuniões de trabalho para a recolha de dados e acompanhamento legal e dos procedimentos internos em matéria de lista de espera.	SGD, Serviços Clínicos	A emissão de consultas deve ser baseada em consultas e preceder a paragem de todo em caso a prioridade de cada pedido e a sua implementação. Tem em conta o TMEC sempre que o caso o exigir e a prioridade.	●

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

Sub-Área/Área	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Métodos Preventivos	Serviço Responsável	Implementação Medida/Monitorização	Classificação
Gestão de Doentes para Cirurgia	20 Falhas no acesso ao Centro de Lave de Instrumentos para Cirurgia	Baixa	Médio	Baixo	S0 Avaliação/monitorização permanente dos dados técnicos em Lave de Instrumentos (LI), das intervenções em tempo normal de trabalho, das disponibilidades de pessoal e blocos operatórios.	Serviço Clínicos: Enfermeiros da Área		●
	21 Atribuição/alteração indevida das prioridades cirúrgicas	Baixa	Médio	Baixo	S1 Identificar a avaliação, produção das alterações de prioridade cirúrgica a LIU	Serviço Clínicos: Enfermeiros da Área		●
	22 Transferência de doentes cirúrgicos para outras instituições de saúde.	Baixa	Alto	Moderado	S2 Verificar mensalmente via aplicação informática a identificação de doentes cirúrgicos programados e a do médico cirúrgico responsável.	Serviço Clínicos: Enfermeiros da Área		●
	23 Captação de doentes de outras instituições de saúde, sem que se verifiquem os critérios determinantes para o efeito.	Baixa	Baixo	Baixo	S3 Cumprimento das disposições legais.	Serviço Clínicos: Enfermeiros da Área		●
	24 Incumprimento dos TMSG de LIU	Média	Alto	Elevado	S4 Monitorização do cumprimento dos TMSG.	Serviço Clínicos: Enfermeiros da Área		●
					S5 Identificar, por colaboração para a recolha de cumprimento legal e das procedimentos instituídos em matéria de Recrutamento.	Serviço Clínicos: Enfermeiros da Área		●

ÁREA/SERVIÇO: Serviços Financeiros (SF)

Serviço/Atividade	Risco Identificado	Probabilidade	Impacto	Risco	Serviços Financeiros	Medidas Preventivas	Serviço Estratégico	Implementação Medidas/Monitorização	Ícon de Avaliação
Organização do Serviço	1. Organização da função técnica	Média	Média	Moderado	1. Promover a especialização de registo interno do serviço		SF	Elaboração de registo interno Serviço Ete curs.	●
					2. Definir as funções e responsabilidades de todas as funções existentes no SF, a qual deve contemplar uma delegação adequada de funções		SF	Elaboração de funções e objectivos de cada trabalhador, efectuado periodicamente	●
	2. Quadro de pessoal inadequado, não suficiente ou pouco qualificado	Média	Muito	Moderado	3. Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade eficienta e o recurso a trabalho extra-ordinário/implementar:		SF	Análise anual do quadro do pessoal, mantendo em actualizado o seu formato na área	●
					4. Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos processos de trabalho		SF	Promover/apoiar em ações de formação e partilha de conhecimentos	●
	3. Inexistência de procedimentos escritos	Média	Médio	Moderado	5. Promover a existência de procedimentos escritos, regras escritas, procedimentos, incluindo a segurança e validade dos documentos por todos os trabalhadores da área. Os documentos devem, designadamente, definir claramente documentar e assegurar a efectiva atribuição de funções entre registo, recebimento, pagamento e controlo		SF	Elaboração/revisto/actualização de manual de procedimentos de acordo com os requisitos legais e normas internas. Foi realizado um documento "Norma de Atividade e Ordem das Funções" a qual define a ordem de trabalho e posterior aprovação	●
	4. Falha na investigação entre aplicações	Média	Médio	Moderado	6. Eficaz com regularidade o documento de informação proveniente das diferentes aplicações que se integram, de modo a validar a coerência dos dados e analisar diferenças de erros de interface entre aplicações, quando estas existam		SF	É efectuado o controlo entre aplicações, trimestralmente	●
Controlo da Contas a Pagar	5. Despesa não autorizada	Baixo	Médio	Baixo	7. Validar a existência prévia de rubricação da despesa		SF	Implementado	●
	6. Ausência de circularização periódica de fornecedores	Média	Médio	Moderado	8. Realizar circularizações periódicas dos dados de fornecedores e proceder à reconciliação dos dados com a base contábil e ajustamento das diferenças existentes, após aprovação das mesmas		SF	Circularizado de conta com os fornecedores trimestralmente e anualmente	●
	7. Pagamentos a fornecedores sem a situação tributária regularizada (e. devida a AT e/ou Segurança Social)	Média	Médio	Moderado	9. Verificar a regularização tributária e contributiva dos fornecedores, antes de realizar pagamento, ou efectuar no processo de cumprimento deste procedimento obrigatório		SF	Implementado	●
					10. Implementar um sistema de alerta		SF, SF, SF	Implementado parcialmente	●
	8. Pagamentos autorizados por pessoas sem competência para o efeito	Baixa	Baixo	Baixo	11. Garantir que existem responsáveis definidos para a autorização de despesas e qual o montante a autorizar, e que a autorização esteja devidamente actualizada e que estejam registo (que garantam a existência de autorização para autorização por entidade responsável)		SF	Implementado	●
					12. Elaboração e implementação de procedimentos/registo/pedidos para pagamento a fornecedores		SF	Implementado	●
	9. Não cumprimento da política de pagamentos e/ou pagamentos preferenciais (para cliente) a seguir formalizada	Baixo	Baixo	Baixo	13. Plano de pagamento mensal, devidamente autorizado, salvaguardando tratamento igual para as várias categorias de fornecedores		SF	Implementado	●
					14. Reporte à gestão, sempre que se prevê o levantamento das contas de pagamento previamente contabilizadas, para que sejam tomadas as medidas adequadas à análise das contas, de modo a cumprir a lei dos compromissos e pagamento em atraso (LCPA)		SF	Em curso	●

ÁREA/SERVIÇO: Serviços Financeiros (SF)

Sub-Atividade	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Gravidade	
Gestão de Contas a Pagar					15 Verificar se a contabilidade procede à verificação da autenticidade das notas, se estão devidamente autenticadas de controlo de faturas por pagar e se têm em consideração as alterações de pagamentos por crédito contábil, verificando que haja seguimentos em atraso e pagamentos de juros	SF	implementado	●	
	Processos de pagamento não devidamente organizados, não controlado todos os documentos necessários ou se mesmos não entram devidamente controlados/validados	Baixa	Alto	Moderado	16 O processo para pagamento a fornecedores deve à estar devidamente organizado e todos os factos e notas de crédito deverão ser devidamente controladas/validadas	SF, SAJH	implementado	●	
					17 Avaliar a necessidade de criar regras escritas para a boa organização e arquivamento processo.	SF, AACM		Arquivo dos documentos relativos às faturas, notas, ou por ordem alfabética ou por ordem de código de barras, para quando dos pagamentos não tiverem prazo de entrega e procura de documentos	●
					18 Averiguar, quando não há pagamento de juros de mora, as causas do atraso nos pagamentos e se foram tomadas todas as medidas necessárias para prevenir esse caso.	SF		Os pagamentos sempre que possível são efetuados dentro dos prazos. Em situações em que existem atrasos de débito de juros, estes a exigência de pagamento de forma a evitar a utilização dos mesmos	●
					19 Verificar se os registos contábeis de juros, são efetuados em certa adequação e se é feita a sua contabilização	SF	implementado		●
12 Descontos financeiros não aplicados	Alta	Médio	Elevado	20 Aquisição da informação dos pagamentos, contemplar a possibilidade de condições de obtenção de descontos primeiramente	SF		sempre que existe possibilidade de obtenção de descontos ou preços mais vantajosos	●	
Gestão de Contas a Receber					21 Verificar se esses descontos foram considerados nas faturas emitidas pelo fornecedor.	SF		Parar com os descontos até após o pagamento e a no momento do pagamento.	●
	Identificação de segregação de funções nas operações de pagamento	Média	Alto	Elevado	22 Garantir que as fluxogramas relativas a estes processos se descrevem com todos os procedimentos e sua distribuição por trabalhadores, serviços de forma a garantir uma adequada segregação de funções e a segurança de documentos de controlo e supervisão que minimizem a possibilidade de ocorrência de erros	SF		A segregação de funções está implementada.	●
					23 Averiguar se se encontra implementado procedimentos de reconciliação trimestral dos saldos de contas a receber, com informação ao titular dos clientes (circulante).	SF		Proceder à uma conciliação trimestral das contas correntes de clientes, a implementar.	●
					24 Verificar mensalmente que todos os atos clínicos registrados no período foram lançados	SF, SCD, CPD		Toda vez que se efetuado uma base mensal a manutenção dos registos relativos à contabilidade clínica, contábil, financeira de dia, de agendamentos ultrapiquias, de agendamentos, incluído a todo parâmetros em, com informação e reportada aos serviços para o tempo.	●
					25 Verificar que todos os atos clínicos foram corretamente lançados em termos de QD.	SF, SCD, CPD			●
15 Atos clínicos não lançados, lançados incorretamente, informação insuficiente ou lacunosa sobre o utente ou "falta", ou não lançados oportunamente	Média	Alto	Elevado	26 Averiguar a implementação de procedimentos de obtenção de informação automática (turn) que minimizem os erros inerentes à utilização	SF, SCD, CPD			●	
				27 Proceder à formação dos prazos estabelecidos legalmente	SF, SCD, CPD			●	
					28 Verificar se se procede à identificação da natureza da produção via a sua classificação contábil e ao cruzamento da produção realizada (e.g. produção) com os dados de faturação e produção. A diferença deve ser objeto de análise e registro através da contabilização. Implementar nos procedimentos análise de causa de operações ao cliente e a produção realizada.	SF, SCD, CPD	Monitorizar e efetuar a regularização da produção associada ao Contrato Programa.	●	

ÁREA/SERVIÇO: Serviços Financeiros (SF)

Sub-área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação	Implementação Médica/ Monitorizada	Gravidade
Gestão de Contas a Receber	16				29	SF	Implementado		●
					30	SF, SIZ	Implementado		●
					31	SF	Implementado		●
					32	SF		Proceder a uma conciliação das contas correntes de clientes e reconciliação de extratos de extratos de clientes e extratos de prestação de serviços.	●
					33	SF		Proceder a uma conciliação trimestral das contas correntes de clientes e extratos.	●
					34	SF		Implementar procedimento de avaliação trimestral de saldos de contas a receber.	●
					35	SF, SIZ		Proceder a conciliação trimestral de saldos de contas a receber.	●
					36	SF	Implementado		●
					37	SF	Implementado		●
					38	SF		Elaboração de planos de tesouraria manual com as previsões de saldos a receber e pagar.	●
Gestão de Tesouraria	24				39	SF	Implementado		●
					40	SF			●
	25				41	SF		Conciliação de contas correntes dos clientes/funcionários trimestralmente e ajustamento.	●

Indicador de Risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Mitigação Prevista	Serviço Responsável	Implementação Medidas Mitigação	Gravidade
Gestão de Tesouraria	26 Reconciliação entre valores contábeis ou pagos, mutantes das folhas de caixa, e respectivo suporte documental ser efetuado por pessoa que não tenha acesso às folhas de caixa	Baixa	Baixo	Baixo	Designar pessoa responsável pela conciliação entre os valores de caixa e os registos das respetivas folhas de caixa no departamento de tesouraria. A reconciliação bancária deve ser efetuada por um trabalhador que não tenha funções de caixa.	37	Reconciliação bancária efetuada mensalmente por colaborador não afeto à tesouraria.	●
	27 Transmissões que registam erros de clientes terem acesso à tesouraria (e a valores transmissões)	Baixa	Médio	Baixo	Assurar a efetiva segregação de funções regulamentar a acesso das transmissões à tesouraria, de modo a clarificar diferenças que possam existir entre as funções relativas ao acesso responsável pelas operações e o acesso à tesouraria.	38	Existe segregação de funções	●
	28 Insuficiência de registos relativos à submissão de tesouraria	Baixa	Alto	Moderado	Estabelecer o seu registo de tesouraria onde constem as regas relativas à submissão do tesouraria (as receitas).	39	Elaboração de registo de tesouraria onde constem as regas de submissão da tesouraria à tesouraria.	●
	29 Acesso indevido a folha de valores	Média	Médio	Moderado	Proceder a uma auditoria regular que abrangam o acesso ao cofre, a atribuição de chaves e os procedimentos a seguir; por fim, a permitir a segurança dos valores e a responsabilidade em caso de violação de valores.	40	Proceder a designação de responsáveis pelas folhas de caixa	●
	30 Exatidão do suporte a gestão de tesouraria (insuficiência de documentação)	Baixa	Baixo	Baixo	Proceder à implementação da aplicação informática de gestão de tesouraria, a qual deverá permitir deixar e registar os movimentos e estar disponível.	41	Implem. concluída	●
					Realização de um controlo físico preventivo dos valores à guarda da tesouraria.	42	Controlo físico preventivo dos valores docais à guarda da tesouraria. Controlo a ser efetuado pelo Diretor de Serviço e pelo Auditor Interno.	●
	31 Devolução de fundos	Baixa	Médio	Baixo	Caso se detetem devolução de fundos, as autoridades devem ser reportadas imediatamente a fim de serem abertas procedimentos de investigação e tomadas medidas cautelares necessárias para a investigação do e do momento da devolução.	43	Reportar imediatamente caso haja ocorrência de devolução de fundos.	●
					Quanto ao regime de fundos de Fundo Pluri. Qualquer incidência de devolução, deve estar suportada em documento.	44	Implem. concluída	●
					Utilização de protocolos para pessoal e instrumentalmente para acesso aos sistemas informáticos, incluindo hardware.	45	Implem. concluída	●
					Segregação de funções entre quem processa e quem autoriza o acesso a dados registados correspondentes a pagamentos.	46	Implem. concluída	●
Gestão de Tesouraria	32 O BIL não corresponder à numeração	Baixa	Alto	Moderado	Controlo dos registos correspondentes a pagamentos e respetivos, no que se refere a numeração e sua justificação, por trabalhadores não afetos à tesouraria.	47	Implem. concluída	●
	33 Transmissão / pagamento de valor diferente do autorizado	Média	Médio	Moderado	Conferência por procedimentos diferentes que procedem aos registos de valores de pagamentos.	48	Implem. concluída	●
					Reconhecimento bancário de valores de pagamentos por procedimentos diferentes do regime de valores de pagamentos e de pagamentos.	49	Reconciliação bancária efetuada mensalmente por colaborador não afeto à tesouraria e com validação periódica de Auditor Interno.	●
					Verificar se todos os pagamentos efetuados por fundos de tesouraria estão devidamente registados e documentados.	50	Implem. concluída	●
					Qualificação das operações de pagamentos efetuadas através do fundo de tesouraria.	51	Implem. concluída	●
					a) Justificação e autorização dos pagamentos e os seus valores, no que se refere a pagamentos de pagamentos montantes, dentro dos limites de fundo e rubrica orçamental.	52	Implem. concluída	●
					b) Se os documentos pagos (ou seja, o conteúdo financeiro de "pagamento" - assinatura e data.	53	Implem. concluída	●
					c) Validação da folha de pagamentos pelo superior hierárquico do serviço.	54	Implem. concluída	●
					Verificar se a reconciliação do fundo de tesouraria é efetuada periodicamente e obedecer aos requisitos legais.	55	Implem. concluída	●
					Verificar se os documentos realizados conciliados bancários por procedimentos legais para o efeito, em tempo útil e de acordo com a rubrica e os dados bancários.	56	Implem. concluída	●

ÁREA/SERVIÇO: Serviços Financeiros (SF)

Situação do risco	Exceções Identificadas	Probabilidade	Impacto	Índice	Medidas Preventivas	Sessão Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Gravidade
Gestão de Tesouraria	26. Divergência de valores de montantes cobrados em taxas moderadoras e não entregues no documento.	Baixa	Alto	Baixo	37. Elaboração de procedimentos escritos com referência a: a) identificação de locais de cobrança de taxas moderadoras; b) identificação do circuito; c) identificação dos intervenientes e das tarefas a desempenhar.	SF-SG3	Elaboração anual de procedimentos. Entrega diária dos valores cobrados na Tesouraria, enviada ao fim de semana e feriados. Auditorias sistemáticas ao procedimento de cobrança e entrega de valores de taxas moderadoras.	Amarelo
	27. Filhas de cotas ou perdas de obrigações	Baixa	Alto	Baixo	38. Implementação de medidas que garantam maior eficácia na cobrança e controlo de taxas moderadoras.	SF-SG3	Monitorizar manual de procedimentos para cobrança correta de taxas moderadoras.	Vermelho
	29. Montantes realizados por recurso a contas abertas na banca comercial/diagnósticos fora do ICOP	Baixa	Baixo	Baixo	39. Aproveitar a eficácia das modalidades de controle. Implementar medidas que minimizem as incorreções filhas de volume em casos de entrada de cheques.	SF	Consignar faturas apresentadas aos valores da conta à guarda da Tesouraria. Consignar a ser efetuadas pelo Diretor do Serviço e pelo Auditor Interno.	Amarelo
	30. Montantes realizados por recurso a contas abertas na banca comercial/diagnósticos fora do ICOP	Baixa	Baixo	Baixo	40. Verificar se os registos contabilísticos são efetuados em contas adequadas e apropriadas.	SF	Verificação periódica aos registos contabilísticos com o grupo Auditor Interno.	Amarelo
Gestão de Imobilizável	31. Montantes realizados por recurso a contas abertas na banca comercial/diagnósticos fora do ICOP	Baixa	Baixo	Baixo	41. ICOP apurar as justificações, validas e exatidão de autorização da Tabela Financeira/DOT/ICOP para situações de excepção.	SF	Atual implementação. Autorização da Tabela para termos outros locais ICOP devidamente justificado.	Verde
	32. Montantes realizados por recurso a contas abertas na banca comercial/diagnósticos fora do ICOP	Baixa	Baixo	Baixo	42. Validar se para contas abertas na banca comercial foi proposta o seu encerramento.	SF	N/A	Vermelho
	33. Montantes realizados por recurso a contas abertas na banca comercial/diagnósticos fora do ICOP	Baixa	Baixo	Baixo	43. Efetuar periodicamente consignar faturas ao suporte e verificação de documentos em caso de não registo e por tribuário designado para verificação de documentação em caso, para avaliar eventualidade de procedimentos de valor ou prazo/fidelidade de prazos dos documentos e adequabilidade dos mesmos.	SF	Consignar fatura da conta adequada trimestralmente pelo Tesoureiro e outra pessoa a designar, tendo o Diretor Financeiro sempre que assina e essa consignar.	Vermelho
	34. Montantes realizados por recurso a contas abertas na banca comercial/diagnósticos fora do ICOP	Baixa	Baixo	Baixo	44. Atualização pela CA das funções/órgãos.	SF	Atualizado	Verde
Gestão de Imobilizável	35. Montantes realizados por recurso a contas abertas na banca comercial/diagnósticos fora do ICOP	Baixa	Baixo	Baixo	45. Elaboração e implementação de procedimentos internos para controlo de doações/dotações.	SF	Monitorizar manual de procedimentos relativos a doações	Vermelho
	36. Montantes realizados por recurso a contas abertas na banca comercial/diagnósticos fora do ICOP	Baixa	Baixo	Baixo	46. Correlacionar mensalmente o valor de imobilizável registado no sistema de informação de imobilizável com o saldo das respetivas contas de contabilização registadas no SIC.	SF-SG3	Monitorizar a verificação mensal das contas registadas pelo SICOM.	Vermelho
	37. Montantes realizados por recurso a contas abertas na banca comercial/diagnósticos fora do ICOP	Baixa	Baixo	Baixo	47. Avaliar e classificar doações (verificar regimes de aquisição e fase de imobilização).	SF-SG3	Atual implementação. Registar mensalmente doações pelo SICOM.	Verde
	38. Montantes realizados por recurso a contas abertas na banca comercial/diagnósticos fora do ICOP	Baixa	Baixo	Baixo	48. Controlar e programar faturas e documentos das doações.	SF-SG3	Monitorizar a atualização [anual] de imobilização em curso, para sua correta contabilização.	Vermelho

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH)

Atividade/Evento	Objetos/Influências	Probabilidade	Impacto	Risco	Métodos Preventivos	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Atualização	Correção Execução
Organização de Serviço	1 Organização da função administrativa	Méda	Méda	Moderado	1 Promover a existência de Regulamento Interno do Serviço. Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções exercidas no SGRH, as quais deverão obedecer uma adequada segregação de funções.	SGRH		●
	2 Qualidade pessoal: conhecimento, conhecimento no processo qualificado	Alta	Alto	Elevado	3 Avaliar periodicamente o quadro de pessoal tendo em conta o volume de atividade demandada e o recurso a trabalho especializado (o) complementar.	SGRH	Em finais de 2022 foi admitido um novo elemento que veio permitir a atribuição de uma trabalhadora a verificação das Prescrições de Serviço Médico.	●
	3 Insuficiência de procedimentos ou regras escritas	Méda	Alto	Elevado	4 Organizar e investir na participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais. 5 Promover a existência de procedimentos ou regras escritas, aprovadas e validas o seu cumprimento por todos os trabalhadores da área. Os documentos devem, finalmente, definir claramente documentais e assegurar a efetiva segregação de funções.	SGRH, DPC	Foi realizada formação relativamente à aplicação informática SIQUA.	●
	4 Falta de investigação entre aplicações	Méda	Méda	Moderado	6 Elevar com regularidade o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se integram, de modo a validar a coerência dos dados e analisar qualquer erro de inter-relação entre aplicações, quando estas existam.	SGRH	Procedeu-se à alteração de um impresso para registos dos direcionados trabalhadores, à data da cessação de funções. Elaboração de instruções para registo no RHV, quando ocorre alteração de categoria, no pessoal médico.	●
	5 Falta de informação incompleta ao CA. A informação incompleta ao CA poderá gerar uma eventual tomada de decisão.	Méda	Alto	Moderado	7 Realização de reuniões periódicas com vista ao esclarecimento de dúvidas e aplicação de legislação atualizada.	SGRH	Existe-se em fase de implementação pela DPC a investigação do regime de férias e expensas dos trabalhadores para transição informática da informação RHV-Segurança Social.	●
Seleção e Recrutamento	6 Insuficiência de critérios de seleção e recrutamento escritos	Méda	Méda	Moderado	8 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 no CHUV.	SGRH	A nível interno, pretende-se implementar o funcionamento do WEBRHV para disponibilizar alguma informação do cadastro aos próprios trabalhadores.	●
	7 Permeabilidade à falta na seleção dos recursos humanos e contrair, zonas de poder e trabalho de influência	Méda	Méda	Moderado	9 Instituir regras gerais de rotatividade dos elementos que compõem os Juntas de Trabalho, de forma a assegurar que as propostas de decisão do Juntas, por regra, concorram nas mesmas pessoas.	SGRH		●
	8 Insuficiência ao processo de recrutamento de pessoas com relações de proximidade	Méda	Méda	Moderado	10 Avaliação das candidaturas de rotatividade dos elementos que compõem os Juntas de Trabalho, de forma a assegurar que as propostas de decisão do Juntas, por regra, concorram nas mesmas pessoas.	SGRH		●
	9 Utilização de critérios de seleção diferentes entre, sem respeito pelo princípio de equidade	Baixa	Baixo	Baixo	11 Informar os candidatos e funcionários da existência de um banco de trabalho de reserva e de um banco de reserva de trabalho de reserva.	SGRH		●
	10 Asserção ou afirmação fundamentada dos resultados de seleção	Méda	Alto	Elevado	12 Realização e divulgação de normas para prevenção de conflitos de interesse.	SGRH		●
	11 Qualidade dos dados de transparência	Méda	Méda	Moderado	13 Incluir nos contratos de trabalho de classe específica sobre conflitos de interesse, incompatibilidades e demais de sigilo.	SGRH, DPC		●
						SGRH, DPC		●

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH)

Sub-área/Processos	Risco Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/Monitorização	Gravidade
Gestão de Recursos Humanos	12. Não declaração de conflitos de interesses por parte dos membros do Juri, relativamente a candidaturas	Baixa	Baixo	Baixo	14. Esclarecimento de declaração de inexistência de conflito de interesses com membros do Juri, sob a forma escrita, e apenas ao procedimento em curso.	SGRH		●
	13. Informação sobre os profissionais, accurate ou desatualizada	Alta	Alto	Elevado	15. Verificar que todas as alterações (criação, alteração ou eliminação) de dados são devidamente aprovadas e corretamente atualizadas no sistema de informação dos recursos humanos.	SGRH	A entrada em funcionamento do WebSIS contribuiu de forma decisiva para a atualização da informação.	●
	14. Proteção incorreta de informação ao trabalhador	Média	Médio	Moderação	16. Inspeção anual junto dos trabalhadores para atualização dos seus dados pessoais e profissionais.	SGRH	Anualmente é referido o pedido de atualização de dados.	●
	15. Acesso indevido a informação sobre processos individuais dos profissionais e/ou grupo de sigilo	Alta	Alto	Elevado	17. Inspeção de todos os trabalhadores do SGRH ao dever legal de sigilo.	SGRH	Existem documentos que atualmente já são digitalizados, ao mesmo tempo a implementação do processo eletrónico encontra-se em avaliação.	●
	16. Início de funções do profissional sem o consentimento assinado	Alta	Alto	Elevado	18. Formação contínua dos trabalhadores do SGRH.	SGRH, Serviço de Formação	Sempre que possível são providas ações de formação.	●
	17. Incorreção elaboração de contratos de trabalho	Alta	Alto	Elevado	19. Acesso imediato a profissionais do SGRH, indicação de uma política de privacidade e proteção de dados pessoais.	SGRH, EPD	Todos os trabalhadores têm conhecimento do dever geral de confidencialidade, uma vez que é um dos valores elencados no Código de Conduta do CHP; a qual se encontra disponível na Intranet, no site institucional e foi divulgado no Protocolo Interno (enviado a todos os colaboradores via email).	●
	18. Incorreção integração jurídica funcional do trabalhador na instituição	Média	Médio	Moderação	20. Ações relativas a profissionais do SGRH, indicação de uma política de privacidade e proteção de dados pessoais.	SGRH, EPD	Em curso.	●
	19. Não cumprimento de prazos nas celebrações, renovação e rescisão de contratos.	Alta	Alto	Elevado	21. Elaboração de ações de acordo com o cumprimento do RUPD.	SGRH, EPD	Os trabalhadores do SGRH têm acesso a toda a informação constante nas aplicações laborais, uma vez que necessitam de acesso global para o exercício das respetivas funções.	●
	20. Falta acompanhamento a contratos de prestação de serviços (incluindo em outros profissionais)	Alta	Alto	Elevado	22. Garantir a existência de autorização ministerial e contrato assinado, por ambas as partes no início de funções de novos profissionais.	SGRH	No regime de celebração de contratos de trabalho, são observadas as diligências legais em vigor. Ainda não sendo possível garantir a assinatura dos contratos antes da entrada dos novos.	●
	21. Falta acompanhamento a contratos de prestação de serviços (incluindo em outros profissionais)	Alta	Alto	Elevado	23. Promover a existência de procedimentos, guias de apoio na elaboração de contratos.	SGRH, JIC	Existem de consultas adequadas à qual se aplicam as situações.	●
Gestão de Recursos Humanos	22. Falta integração jurídica funcional do trabalhador na instituição	Alta	Alto	Elevado	24. Solicitar apoio jurídico para elaboração de contratos profissionais.	SGRH, JIC	Sempre que necessário o Colégio Jurídico é consultado.	●
	23. Não cumprimento de prazos nas celebrações, renovação e rescisão de contratos.	Alta	Alto	Elevado	25. Promover a existência de um guia de acompanhamento a novos profissionais.	SGRH	Implementado.	●
	24. Falta acompanhamento a contratos de prestação de serviços (incluindo em outros profissionais)	Alta	Alto	Elevado	26. Implementação de mecanismos de alerta de prazos de término de contratos a termo e/ou prestação de serviços.	SGRH	Não existem mecanismos de alerta e o volume de contratos é demasiado para o SGRH.	●
	25. Falta acompanhamento a contratos de prestação de serviços (incluindo em outros profissionais)	Alta	Alto	Elevado	27. Elaboração de procedimentos para a contratação de prestadores de serviços.	SGRH	Existem um guia dos documentos que o prestador de serviços ou a empresa, deve entregar antes da formalização do contrato.	●
Gestão de Recursos Humanos	26. Falta acompanhamento a contratos de prestação de serviços (incluindo em outros profissionais)	Alta	Alto	Elevado	28. Solicitar apoio jurídico para elaboração de contratos.	SGRH, JIC	Sempre que necessário o Colégio Jurídico é consultado.	●

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH)

Serviço de base	Requisitos Identificados	Produtividade	Qualidade	Risco	Necessidades Previstas	Serviço Responsável	Implementação Metódica/Novo Procedimento	Grado de Realização
Gestão de Recursos Humanos					29. Ser sistemático quanto à necessidade de manter a prestação de serviços garantindo a sua aprovação pelos departamentos interessados.	SGRH	As prestações de serviços são previamente autorizadas.	●
					30. Contratação SGRH de controle e acompanhamento às prestações de serviços (incluindo, cuja base de decisão seja o número de horas realizadas).	SGRH	O SGRH mantém a realização destas tarefas da competência dos diferentes departamentos.	●
	21. Inexistência de seguro dos profissionais em seu dia a dia.	Alta	Alto	Elevado	21. Monitorização da qualidade e das validades das ações de acordo com o plano de trabalho.	SGRH	A implementação.	●
	22. Ocorrências nos níveis de auditoria - a demonstração dos trabalhos em área e respetiva documentação.	Média	Baixo	Moderação	22. Realização de inspeções de qualidade com periodicidade mensal, permitindo identificar oportunidades de melhoria.	SGRH, etc	A implementação.	●
	23. Riscos Paralelos Covid-19.	Alta	Alto	Elevado	23. Fundamentação adequada dos contratos relativos ao aluguel do espaço adicional de controlo de modo a demonstrar a sua conformidade com os respetivos requisitos de segurança e higiene.	SGRH	A quase totalidade dos contratos celebrados ao longo do regime excepcional, foram objeto de autorizações específicas. Os restantes trabalhadores têm visto reservado a exceção regulamentada por motivos de cessação de funções de outros trabalhadores.	●
					34. Fundamentação e controlo da necessidade de renovação de contratos de trabalho de acordo com a Lei 19.	SGRH	Os pedidos de contratação ulteriores da Comissão Administrativa, em a respetiva regulamentação legal.	●
					35. Existência de um sistema eletrónico de gestão da assistência (Sistema de Registo Biométrico).	SGRH	No presente data não há sistemas eletrónicos, um sistema de registo biométrico.	●
	24. Registo do tempo trabalhado e controle de inexistência de faltas.	Baixa	Baixo	Baixo	36. Integração automática da informação da assiduidade na aplicação de procedimentos de recrutamento.	SGRH	Existe um sistema de registo biométrico.	●
Assistência	25. Registo, contagem trabalhada, de tempo de trabalho relativo a assistência de gestão.	Alta	Alto	Elevado	37. Preservação a existência de registos de gestão da assiduidade e horários de trabalho.	SGRH	Existe um Regimento de Trabalho da Comissão Administrativa aprovado, os mesmos encontram-se em processo de atualização.	●
					38. Contratar se a região de apoio e efetivo da unidade, apoiando-se no respetivo plano de serviço em que quer delegar e seguir o por indicação de assistência acentuada, para o trabalho especializado.	SGRH	Em curso a implementação de procedimentos.	●
					39. Atualizar os dados pelo setor de dados da assistência.	SGRH	Em curso a implementação de procedimentos.	●
	26. Falta de registo biométrico, não sendo possível obter o registo de cumprimento da carga horária de cada profissional.	Alta	Alto	Elevado	40. Ser sistemático para o registo biométrico dos trabalhadores, de modo a garantir a fiabilidade da informação que origina o registo processamento e posterior pagamento.	SGRH	O SGRH encontra-se a desenvolver diligências no sentido de diminuir a % de trabalhadores com omissão de registo de assiduidade que utilizam um PIN.	●
	27. Pagamento de horas não trabalhadas.	Baixa	Médio	Baixo	41. Verificação sistemática por amostragem baseada nos dados dos trabalhadores do Sistema de Registo Biométrico.	SGRH	A implementação.	●
					42. Responsabilização dos responsáveis técnicos de serviços, que a validade de monitorizar, que a validade de avaliação.	SGRH	A implementação.	●
					43. Todos os trabalhadores sobre férias, férias e licenças devem conter fundamentação legal.	SGRH	O envio de pedidos para o órgão de gestão contém informação legal. Em análise mantendo-se a avaliação dos dados utilizados para cada tipo de ausência.	●
	28. Autorizações, autorizações e autorização de trabalho legal.	Alta	Alto	Elevado	44. Gerar e atualizar o plano de trabalho de acordo com a respetiva legislação.	SGRH	Em curso a implementação de procedimentos. Existem a proceder a correção gradual dos dados de início das férias registradas no HRV para permitir a exportação de dados em formato CSV e consequente validação.	●

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH)

Sub-área de risco	Objetos Identificados	Probabilidade	Impacto	Índice	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas / Monitorização	Gravidade
Assistência	Interrupção da registo de falsidade/prevenção	Alta	Alto	46	Garantir que o registo de falsas e autorizadas pelo CA sob pesquisa do Diretor/responsáveis de serviço.	SGRH, CA	O plano de falsas é autorizado pelo Diretor de Serviço e o monitorado pelo CA com a responsabilidade sobre o mesmo. Os pedidos de alteração são efetuados através do Relatório CA. Os pedidos de alteração da falsas e do monitorado CA. Os pedidos de alteração em hipótese de falsas são rejeitados sem a informação da falsas, sendo posteriormente submetidos a autorização da Direção de CA.	●
				46	Prever a existência de um regulamento das regras de prevenção e chamada.	SGRH	A implementar	●
				47	Monitorar o cumprimento das regras aprovadas, os registos de falsidade e os pagamentos efetuados.	SGRH	A medida de prevenção, de prevenção autorizada pelo CA sendo o processamento efetuado de acordo com a escala.	●
				48	Revisar anual dos registos de prevenção e chamada, em vigor.	SGRH, CA	A revisão destes registos é efetuada pelo CA, sempre que se considere necessário.	●
				49	Rever periodicamente as necessidades de recursos à base de prevenção garantida a sua aprovação para devidamente monitorizada e promover o desenvolvimento de mecanismos de controlo da qualidade.	SGRH, CA	Todas as regras de prevenção são previamente aprovadas pelo CA.	●
				50	Sobrevigância de todos os dados extraídos a aprovação prévia do CA, de acordo com a de qualidade dos registos de falsidade.	SGRH, CA	No ano 2022, os dados RGR, 0307, RGR, 0314, RGR, 0317, RGR, 0471 e RGR, 000, são monitorizados pelo CA, sendo do processamento.	●
Processamento de Vencimentos	Processamento de abonos e descontos em auto-cálculo	Alta	Alto	51	Submeter todos os documentos (auto-cálculo) à aprovação dos profissionais.	SGRH	Os dados efetuados são efetuados com a aprovação do profissional.	●
				52	Analisar mensalmente a regularidade dos abonos e descontos processados.	SGRH	Análise efetuada na base de dados processamento de vencimentos.	●
	Verificação contribuições e pagamento calculado em erro e/ou não verificado e contabilizados oportunamente	Baixa	Baixo	53	Aumentar a fiscalização individualizada para prevenção de falsas que implique o pagamento de remunerações além de 1/3 da remuneração principal (Art. 77 do Regulamento Geral nº 62/79, de 24/03).	SGRH	Se ocorrer a implementação em sistema de autorização prévia do órgão de gestão relativamente ao trabalho excecional.	●
				54	Controlar que o total de remunerações base processadas corresponde à massa salarial aprovada.	SGRH	A aprovação é efetuada nos prazos finais de processamento.	●
				55	Controlar a correção do cálculo do valor das contribuições para os abonos e descontos de solidiedade e regularização social e do imposto sobre o rendimento.	SGRH	Os cálculos são efetuados com a aprovação.	●
				56	Elaborar o relatório de controlo com prazos e período a que se refere.	SGRH, SF		●
				57	Controlar que o total de remunerações pagas corresponde ao total das remunerações processadas.	SGRH, VP		●
				58	Realizar verificações de controlo em áreas aprovadas, os registos de falsidade e os pagamentos efetuados.	SGRH	Matéria em análise	●
				59	Realizar procedimentos para regularização dos pagamentos efetuados.	SGRH	Encarregar a implementação e a execução de Trabalho T. SGRH-001.00	●
				60	Regularização dos mecanismos de controlo interno que possam pela integração de falsas e autorizadas da mesma manifestar-se em erro.	SGRH	As tarefas associadas a falsas e a processamento de pagamentos, são monitorizadas especificamente para que seja possível prevenir a ocorrência de falsas.	●

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH)

SUB-ÁREA (SIC)	Índice Identificação	Prevalência	Importância	Risco	Método Preventivo	Serviço Responsável	Implementação (Atividades / Periodicidade)	Símbolo de Avaliação
Prevenimento de Danos	34	Ausência de controle efetivo sobre a duração máxima das prestações de serviço	Médio	Moderado	61	610H	Definir procedimentos que permitam o controle efetivo sobre as prestações de serviço, garantindo que todos os valores pagos não sejam objeto de cobrança com a finalidade de evitar a perda de recursos no respectivo contrato.	Atualmente existe uma trabalhadora alocada a essas funções.
	35	Ajuda de custo irregular ou de valor errado	Médio	Moderado	62	620H, 20	Instalar procedimentos de análise e verificação das prestações de ajuda de custo e de transporte e verificar se as despesas obedecem aos requisitos legais para serem pagas, considerando, se a sua ocorrência for decorrente de uma doença, a presença ou ausência de laudos de laudo médico e se os documentos de despesas se encontram devidamente elaborados e se os procedimentos de despesas se encontram (tanto nos processos de pagamento).	Atualmente não há.
	36	Falta de controle nas acumulações de férias	Médio	Moderado	63	630H	Existência de procedimento para acumulação de férias privadas e públicas para os contratos de trabalho e controle de prestação de serviços.	Atualmente é obrigada uma circular informativa para informar da necessidade de proceder à renovação das pedidas de acumulação de férias.
	37	Anomalia de férias em um período	Médio	Moderado	64	640H	Realizar anualmente todas as aprovações de acumulação de férias.	
	38	Anomalia de férias em um período	Médio	Moderado	65	650H	Empenho de férias após a acumulação de férias e todas as férias não utilizadas.	
Atualização de Dados	39	Anomalia de férias em um período	Médio	Moderado	66	660H	Atualização pelo CA de declaração de acumulação de férias.	Todas as pedidas apresentadas são submetidas a Conselho de Administração.
	40	Anomalia de férias em um período	Médio	Moderado	67	670H	Atualizar a declaração de férias e para a qualificação da prestação (e) de horas de trabalho (diária/semanal).	O SINDICATO tem competência para essa função.
	41	Anomalia de férias em um período	Médio	Moderado	68	680H	Empenho de férias após a acumulação de férias e todas as férias não utilizadas.	Até à presente data, ainda não foram realizadas prestações de aquisição de serviços para seleção de trabalhadores adicionais.
	42	Anomalia de férias em um período	Médio	Moderado	69	690H, CCA	Garantir o cumprimento das normas técnicas para aplicação do SINDICATO.	No início de cada mês são dadas as férias aos trabalhadores para a realização do SINDICATO, bem como para a obtenção e entrega para a seleção por parte da comissão.
	43	Anomalia de férias em um período	Médio	Moderado	70	700H, CCA	Implementação de regras claras e objetivas para controle/manipulação de horas extras.	O CCA não tem esse cargo a verificação prévia das despesas.
Atualização de Despesas	44	Anomalia de férias em um período	Médio	Moderado	71	710H, CCA	Validação prévia pelo CCA de todas as despesas financeiras.	As despesas, em regra, não são homologadas, sendo o CCA de pedir a fundamentação de cada uma.
	45	Anomalia de férias em um período	Médio	Moderado	72	720H	Verificação anual por amostragem baseada nas análises que se situam fora da média.	Os Registros de CCA - Regime Geral e CCA - Regime de Encargamento, encontram-se aprovados.
	46	Anomalia de férias em um período	Médio	Moderado	73	730H, CCA	Proceder a atualização de um registro de funcionamento do Conselho de Administração da Associação CCA.	O CCA tem dois comitês específicos do trabalho conjunto O primeiro, antes do início de cada mês, e segundo, no final de cada mês. Pode haver lugar a outro tipo de reunião, quando solicitado por qualquer um dos membros.
Atualização de Despesas	47	Anomalia de férias em um período	Médio	Moderado	74	740H, CCA	Realizar reuniões periódicas dos membros CCA (Carreira Geral, Médica e Enfermeiros) por forma a acompanhar o processo de avaliação de desempenho e fazer cumprir com o legislativo definido.	
	48	Anomalia de férias em um período	Médio	Moderado	75	750H, CCA	Realizar reuniões periódicas dos membros CCA (Carreira Geral, Médica e Enfermeiros) por forma a acompanhar o processo de avaliação de desempenho e fazer cumprir com o legislativo definido.	

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Aprovisionamento (SA)

Sub-área de risco		Riscos Identificados		Probabilidade	Impacto	Risco	Serviço de Apoio/Implementação		Medidas Preventivas		Serviço Responsável	Implementação Medidas/ Monitorização		Gravidade
Organização do Serviço	1	Organização da função logística	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	1	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SA, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SA	SA	Em 2013 foi elaborado Regulamento interno para a aquisição de Bens e Serviços e Em 2015, o Manual de Contratação Pública.		
	2	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Média	Médio	Moderado		2	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividades efetuadas e o recurso a trabalho extraordinário/insubstituível.	SA	SA	O quadro de pessoal, conforme manifestado superficialmente, não é adequado às necessidades.			
	3	Falta de interação entre aplicações	Média	Médio	Moderado		3	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais	SA, Serviço de Formação	SA	As ações de formação são ocasionais e as atividades seguem quer as exigências dos colaboradores			
	4	Falta de interação entre aplicações	Média	Médio	Moderado		4	Elaborar um manual de procedimentos para a gestão de stocks, que regulamente responsabilidades e competências, procedimentos de controlo do processo de recepção, armazenamento, distribuição e consumo.	SA	SA	A única aplicação utilizada pelo SA é o CHAF			
Gestão Existências	5	Existência de material de procedimentar	Média	Médio	Moderado		5	Elaborar um plano de contingência que defina o controlo administrativo e assegure uma adequada distribuição de funções e responsabilidades	SA	SA	Procedimentos com vista à gestão de stocks criada			
	6	Existência de material de procedimentar	Média	Médio	Moderado		6	Implementar armazéns avançados em todos os serviços clínicos e realizar contagens cíclicas das existências ao longo do exercício, como informado ao CA.	SA	SA	Atualmente estão implementados 12 processos associados de material de consumo clínico, verificam-se alguns contratempos na implementação deste regime em alguns serviços			
	7	Existência de material de procedimentar	Média	Médio	Moderado		7	Realizar a gestão física dos stocks através da implementação de uma política de controlo geral de stocks.	SA	SA	Não se aplica ao presente e considerando as condições das instalações é feito controlo de stocks			
	8	Existência de material de procedimentar	Média	Médio	Moderado		8	Implementar e atualizar o manual de procedimentos normais sobre o funcionamento dos módulos e a sua consolidação no serviço que efetua a gestão de existências.	SA	SA	O SA não tem como controlar estas situações uma vez que não tem conhecimento das atividades e das intervenções nos serviços			
	9	Falta de conhecimento por parte do órgão de gestão do estado de existências, registadas diversamente nas aplicações com a respetiva atualização.	Baixo	Médio	Baixo		9	Realizar procedimentos no sentido de se proceder à elaboração de listas de abate, devendo os técnicos ser autorizados previamente pelo órgão de gestão.	SA	SA	Salvo procedimento para o efeito			
	10	Falta de conhecimento por parte do órgão de gestão do estado de existências, registadas diversamente nas aplicações com a respetiva atualização.	Alta	Médio	Moderado		10	Monitorizar as condições de carga, descarga e armazenamento e acondicionamento de produtos em armazéns	SA	SA	Caso sejam criadas instalações adequadas			
	11	Existência de existências não registadas e/ou contabilizadas incorretamente	Média	Médio	Moderado		11	Verificar que a informação constante dos documentos de existências (recepção, requisição, entrega, expedição) é corretamente registada no sistema de gestão de existências (armazém, código de material, quantidade, preço de aquisição e valor).	SA	SA	Considerando o quadro de pessoal, procura-se que existam pelo menos um técnico de pessoal para o efeito			
	12	Existência de existências não registadas e/ou contabilizadas incorretamente	Média	Médio	Moderado		12	Segregar funções e responsabilidades das operações, nomeadamente nas áreas de receção e armazém, que assegure a separação entre o controle físico e o contabilístico das correspondentes registos das existências.	SA	SA	Considerando o quadro de pessoal, procura-se que existam pelo menos um técnico de pessoal para o efeito			
	13	Existência de existências não registadas e/ou contabilizadas incorretamente	Média	Médio	Moderado		13	Comparação das quantidades recebidas com as listas de entrega.	SA	SA	Considerando o quadro de pessoal, procura-se que existam pelo menos um técnico de pessoal para o efeito			
	14	Existência de existências não registadas e/ou contabilizadas incorretamente	Média	Médio	Moderado		14	Comparação das quantidades recebidas com as listas de entrega.	SA	SA	Considerando o quadro de pessoal, procura-se que existam pelo menos um técnico de pessoal para o efeito			

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Aprovisionamento (SA)

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Aproveitamento (SA)

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Aprovevisionamento (SA)

Subatividade	Objetos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Impactável	Implementação Medidas/Monitorização	Gravidade
Compras	Itens adequados para os procedimentos de aquisição de materiais e serviços	Baixa	Médio	Moderado	47. Existência de parecer jurídico sobre a conformidade legal e administrativa de cada processo de contratação pública.	SA		
					48. Monitorização do cumprimento contratual, pelos responsáveis das Serviços das respectivas áreas.	SA, Serviços, Área		
					49. Nomeação de gestor do contrato nos termos do CCP.	SA		
					50. Assegurar que o gestor do contrato é responsável por todos os procedimentos de execução do contrato e para o cumprimento das demais obrigações decorrentes do contrato.	SA	Processo de formação específica	
					51. O gestor do contrato comunica-se com os fornecedores em todas as fases do processo de execução do contrato e em todas as fases do processo de execução do contrato.	SA		
					52. Assegurar a existência de mecanismos de prevenção de conflitos de interesses.	SA		
					53. Não designar os mesmos membros de júri para mais de um processo de contratação.	SA		
					54. Seguir o processo de contratação de acordo com o CCP, e não o processo administrativo de contratação do SA, e não o processo de contratação de acordo com o CCP.	SA		
					55. Deixar a administração do processo de contratação e todas as fases do processo de contratação, de modo a assegurar a participação em todas as fases do processo de contratação.	SA		
					56. Presença, dentro do possível, a rotatividade dos membros do júri de contratação, procurando evitar a participação sistemática dos mesmos colaboradores nos procedimentos de contratação.	SA	Considerando o quadro de pessoal, procurar-se que assim seja	
Compras	Condições adequadas para os procedimentos de aquisição de materiais e serviços	Baixa	Médio	Moderado	57. Existência de mecanismos de prevenção de conflitos de interesses e de prevenção de corrupção e outras práticas ilícitas.	SA		
					58. Análise de risco dos colaboradores sobre a existência de corrupção e outras práticas ilícitas.	SA		
					59. Implementação de mecanismos de prevenção de corrupção e outras práticas ilícitas.	SA		
					60. Implementação de mecanismos de prevenção de corrupção e outras práticas ilícitas.	SA	Em curso	
					61. Fundamentar devidamente a escolha de qualquer dos procedimentos de contratação pública. Dar cumprimento ao disposto no artigo 1.º do CCP, relativamente à escolha de bens e serviços, nos termos previstos no CCP.	SA		
					62. Utilização da plataforma eletrónica e da sua lista de fornecedores como referência.	SA		
					63. Integração de todos os procedimentos de execução de contratação numa base de dados gerida pelo SA.	SA		
					64. Registo de entrega de uma declaração de inexistência de conflito de interesses e de prevenção de corrupção e outras práticas ilícitas, por parte dos colaboradores que integram o júri de contratação.	SA		
					65. A participação do SA, no júri de contratação por questões de prevenção de corrupção e outras práticas ilícitas.	SA		
					66. A participação do SA, no júri de contratação por questões de prevenção de corrupção e outras práticas ilícitas.	SA		

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Aprovevisionamento (SA)

Sub-Área de Risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Médica / Monitorização	Gravidade
Cataplexa	Risco: Pandemia Covid 19; Aplicação Regime Excecional da Contratação Pública	Média	Médio	Moderado	66	Primária da existência dos elementos que compõem os itens de procedimento e lista de grande procedimento a procedimento e tem sempre o dia dista, com o o objeto do procedimento;	SA	●
					67	Segurança do fornecedor no que se refere à cunha de mercado, perfil de compra e gestão de dados, meios de fornecedores;	SA	●
					68	Pratiquer a centralização de aplicação de bens e serviços e enquadramento;	SA	●
					69	Sucesso da aplicação de medidas de segurança pública, que garantir a segurança a um alargado número de fornecedores;	SA	●
					70	Exatidão de informações que se relacionam e informem a implementação pública das medidas excecionais introduzidas;	SA	●
					71	Parametrização adequada dos sistemas informáticos que suportem a aplicação das medidas de modo a garantir a segurança e a possibilidade de reutilização e a transparência dos dados;	SA, BVS	●
					72	Comunicar as atualizações feitas ao longo do presente regime excecional, ao membro do Governo responsável pela área das finanças e pela respetiva área de saúde;	SA	●
					73	Publicação no Portal dos Contratos Públicos com o "tipo de fundação" da região de contratação" a "Decreto-Lei n.º 2/2020, de 12.03";	SA	●
					74	Parâmetros adequados das contratações, no âmbito da região excecional de contratação, de modo a demonstrar a sua conformidade com os respetivos requisitos;	SA	●
					75	Monitorização das peças de mercado para as categorias de bens e serviços de modo a garantir a transparência e a equidade de acesso;	SA	●
Expediente Obras Públicas (EOP) e Contratos de Manutenção	Risco: Pandemia Covid 19; Aplicação Regime Excecional da Contratação Pública	Média	Médio	Moderado	76	Revisão dos contratos (incluindo a revisão de preço) ao Tribunal de Contas para cumprimento;	SA	●
					77	Documentação de todos os processos de realização de despesa e implementação de medidas de emergência (contratação, aquisição de equipamentos, aquisição de valores, bens, materiais e bens de consumo) de modo a possibilitar a confirmação da sua justificação, anotação da realização;	SA	●
					78	Planeamento e monitorização da execução dos serviços de manutenção;	SA	●
					79	Monitorização de contratos, incluindo a aquisição de bens e serviços de manutenção, verificação de custos, verificação de execução de obra, verificação de custos, verificação de execução de obra, verificação de custos, verificação de execução de obra;	SA	●
					80	Todos os investimentos devem estar previstos no plano de investimentos da instituição / entidade, bem como os investimentos da instituição / entidade;	SA	●
					81	Obterção de todos os dados de cada obra de uma entidade de confiança, a implementação por parte da entidade de confiança, pelo a forma escrita e seguras as procedimentos;	SA, SE	●
					82	Obterção de um levantamento de custos para a implementação de um levantamento de custos, caso ocorra em causa;	SA, SE	●
					83	Indicador de um levantamento de custos, departamento ou do SAO, para a monitorização da execução do contrato;	SA, SE	●
								●
								●

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Aprovevisionamento (SA)

Sub-Área de Trabalho	Riscos Identificados	Provabilidade	Impacto	Risco	Métodos Preventivos	Serviço Responsável	Indicação de Medida/Non-Medicação	Classificação
Conferência de Faturas					84 Relação contratual estabelecida com base em diversos graus de penalização, associada ao incumprimento;	SA SIZ		●
					85 Apresentação de cotação em conformidade com o disposto na legislação;	SA SIZ		●
					86 Elaboração de movimento interno normalizado, necessitando que guarde a certificação da data das serviços prestados (indicação na linha de que o bem/serviço foi efetivamente entregue/finalizado);	SA SF		●
					87 Sugestão de lances;	SA SP		●
				Baixo	88 Verificação por amostragem, de conformidade das registos com documentação suportada;	SA SF		●
Centro de Imobilizado					89 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 fontes de informação e validação. Utilização de conta "faturas em revisão e conferência";	SA SF		●
					90 Elaboração de legislação de Gestão do Património;	SA		●
					91 Controlo das equiparantes afetos a cada centro de custo, através da responsabilização dos serviços pelos equipamentos e sua gestão;	SA		●
					92 Gestão de ativos nos locais de armazenamento e guarda de equipamentos e pessoal afetado;	SA	insuficiência de local para o efeito	●
	3.1 Inadequada regulação da fatura	Média	Médio	Moderado	93 Implementação de uma política de controlo para a aquisição;	SA	insuficiência de local para o efeito	●
					94 Salvaguardar atos adequados, segundo de faturas;	SA		●
					95 Divulgação das normativas e procedimentos de controlo internos para a fatura de imobilizado (legislação, etiquetagem, data, transferência, amortização, reavaliação, atualização) de modo a permitir que os colaboradores conheçam os procedimentos instituídos;	SA		●
					96 Assegurar que todos os bens recebidos são registados no sistema de informação de imobilizado e a respetiva ficha de "valores" e correção prévia e mantida atualizada;	SA		●
	3.2 Faltas incorreções	Baixa	Médio	Baixo	97 Assegurar que todos os bens recebidos são registados no sistema de informação de imobilizado e a respetiva ficha de "valores" e correção prévia e mantida atualizada;	SA		●
					98 Realização de ações de conformidade quanto ao cumprimento dos procedimentos internos estabelecidos;	SA	Não Fatura de recursos	●
3.3 Ativos devolvidos por trabalhadores					99 Revisão das fichas de controlo interno das faturas de imobilizado;	SA	Não Fatura de recursos	●
					100 Responsabilização dos serviços pelos equipamentos que fira a sua guarda;	SA		●
				Moderado	101 Proceder à etiquetagem de todos os bens devolvidos, utilizar os sistemas apropriados ao tipo de bem em causa e em caso, para que seja assegurado a sua permanente identificação;	SA		●
					102 Conferência de faturas periódica;	SA	Não Fatura de recursos	●
3.4 Faltas de conformidade do responsável de serviço das faturas e equipamentos e o a sua responsabilidade		Média	Médio	Moderado	103 Em 10 faturas de fatura atualizadas, por cada serviço e que das mesmas seja feita a conferência do respetivo responsável, como forma de responsabilização pelo equipamento para a sua distribuição;	SA	Não Fatura de recursos	●

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Aprovisionamento (SA)

Sub-área de risco	Risco Identificado	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas/ Monitorização	Grav da Risco
Gestão do mobiliário	35 Dispositivos de instalação sem processo final de aprovação e não inventariados	Baixa	Baixo	Baixo	104 Aprovação pelo CA das opções/desitas.	SA, SP		
	36 Ativos não aprovados, ativos não registados ou registados por valores errados.	Baixo	Baixo	Baixo	105 Elaboração e implementação de procedimento interno para aprovação de dispostos/desitas. 106 Os ativos devem ser solicitados pela respetiva área, de acordo com o manual de procedimentos e aprovados pelo CA. 107 Verificar que a informação contida nos documentos de ativos seja correta e registada no sistema de inventário e na contabilidade.	SA, SP	Não Faltar de recursos.	
	37 Emprestos de bens fisicamente danificados por falta de cuidados de manutenção	Média	Médio	Moderado	108 Melhorar a articulação entre serviços para que os ativos físicos estejam sempre devidamente reportados em termos de cadastre e inventário.	SA	Um curso. Promover articulação com os serviços	
	38 Transferência de local não registada oportunamente	Média	Médio	Moderado	109 Solicitar, anualmente, confirmação de bens Arremovibilidade de cada serviço e verificar diferenças reportadas. 110 Controlar as informações existentes das faturas de inventário e processos de realiação de inventário, físicos e cadastrais e de base regular. 111 Proceder para que a realiação se transfira de base para local e corretamente registado no respetivo cadastre. 112 Elaboração e divulgação de procedimento interno de transferência de equipamentos entre serviços.	SA		
					113 Gratificar a carteira de gestão do CHPT no que respeita à adequação da estrutura de riscos.	SA		
					114 As áreas afectadas pelos funcionários da instituição são controladas através da fatura de obra e regista informações de preço e produtos fornecidos.	SA, ME		
					115 Propor e implementar procedimentos de contabilidade verificando os bens avaliados com a informação contabilística.	SA, SP	Sim	
	42 Atividades não registadas e contabilizadas oportunamente	Baixa	Baixo	Baixo	116 Calcular e controlar estatisticamente as autorizações de bens de mobiliário.	SA, SP	Sim	

ÁREA/SERVIÇO: Serviços Hoteleiros (SH)

Sub-Área de risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Espetro	Risco	Serviços Monitorados	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação (Onda / Monitorizado)	Crono de Exatidão
Organização do Serviço	1 Organização da função ineficiente	Média	Médio	Moderado	1 Promover a eficiência de registo interno dos serviços.		SH	A ser o exatidão que está desatualizado	
	2 Qualidade de pessoal inadequada, insuportável ou pouco qualificado	Média	Alto	Elevado	2 Definir as atribuições e responsabilidades de todos as funções existentes nos serviços		SH	As funções estão definidas embora não em documento específico de definição de funções	
					3 Qualificação de pessoal inadequada, insuportável ou pouco qualificado	3 Avaliar periodicamente a qualidade pessoal, tendo em conta o volume de atividade oferecida e o recurso a trabalho contratualizado ou temporário	SH	É efetuado	
					4 Participar em ações de formação para melhorar o desempenho profissional	4 Recrutamento de pessoal para a equipa com pessoal técnico	SH	Anualmente é realizada a participação em formação	
Alimentação	3 Inexistência no sistema de segurança das expectativas dos clientes necessárias para a prestação de serviços de alimentação	Baixa	Alto	Moderado	5 Definição de metas claras e precisas das funções e responsabilidades	5 Implementação de um sistema de controlo interno de forma a avaliar o cumprimento da prestação de serviços	SH	É efetuado	
	4 Disponibilidade de recursos humanos	Alta	Alto	Moderado	6 Inexistência de recursos humanos	6 Implementação de um sistema de controlo interno de forma a avaliar o cumprimento da prestação de serviços	SH	É efetuado	
					7 Disponibilidade de recursos humanos	7 Disponibilidade de recursos humanos	SH	É efetuado	
					8 Disponibilidade de recursos humanos	8 Disponibilidade de recursos humanos	SH	É efetuado	
					9 Disponibilidade de recursos humanos	9 Disponibilidade de recursos humanos	SH	É efetuado	
					10 Disponibilidade de recursos humanos	10 Disponibilidade de recursos humanos	SH	É efetuado	
					11 Disponibilidade de recursos humanos	11 Disponibilidade de recursos humanos	SH	É efetuado	
					12 Disponibilidade de recursos humanos	12 Disponibilidade de recursos humanos	SH	É efetuado	
					13 Disponibilidade de recursos humanos	13 Disponibilidade de recursos humanos	SH	É efetuado	
					14 Disponibilidade de recursos humanos	14 Disponibilidade de recursos humanos	SH	É efetuado	

ÁREA/SERVIÇO: Serviços Hoteleiros (SH)

[illegible]

ÁREA/SERVIÇO: Serviços Hoteleiros (SH)

Sala/Área de Atuação	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Métodos Preventivos	Serviço Responsável	Implementação, Medidas/Responsabilização	Gravidade
Segurança e Vigilância	36				Procedimentos seccionais de controle de acesso às instalações, monitoramento quanto à presença de terceiros	36	Implementação de controle de acesso em todos os pontos / portas - em instalação	
	37				Atuação e controle de câmeras, em áreas comuns	37	tem sido afetado	
	38		Médio	Moderado	Identificação de infiltrantes	38	afetado pelos seguranças	
	39				Realização de inspeções de controle de acesso a equipamentos e instalações	39	aguardar proposta global. Participar em implantação	
	40				Implementação de um sistema de controle da segurança das instalações físicas (Circuitos de alarme)	40	Implementado como o Serviço Informático	
Comunicações fixas e móveis	41		Médio	Moderado	Identificação de vulnerabilidades	41	Exatidão de informações de segurança para todos as informações	
	42		Médio	Moderado	Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas e legais no contrato de prestação de serviços (incluindo a responsabilidade)	42	Análise mensal da segurança e ajuste de planos das comunicações móveis	
	43		Médio	Moderado	Procedimentos de controle de acesso a equipamentos e instalações físicas	43	O mesmo procedimento será implementado para as comunicações fixas	
	44		Médio	Moderado	Controle de acesso a equipamentos e instalações físicas	44	Exatidão de informações de segurança para todos as informações	
	45		Médio	Moderado	Definir regras/procedimentos que garantam uma adequada prestação de serviços	45	Exatidão de informações de segurança para todos as informações	
Frota Automóvel	46		Médio	Moderado	Identificação de vulnerabilidades	46	Exatidão de informações de segurança para todos as informações	
	47		Médio	Moderado	Definir regras/procedimentos que garantam uma adequada prestação de serviços	47	Exatidão de informações de segurança para todos as informações	
	48		Médio	Moderado	Controle de acesso a equipamentos e instalações físicas	48	Exatidão de informações de segurança para todos as informações	
	49		Médio	Moderado	Definir regras/procedimentos que garantam uma adequada prestação de serviços	49	Exatidão de informações de segurança para todos as informações	
	50		Médio	Moderado	Controle de acesso a equipamentos e instalações físicas	50	Exatidão de informações de segurança para todos as informações	
Casa Moratória	51		Médio	Moderado	Identificação de vulnerabilidades	51	Exatidão de informações de segurança para todos as informações	
	52		Médio	Moderado	Definir regras/procedimentos que garantam uma adequada prestação de serviços	52	Exatidão de informações de segurança para todos as informações	
	53		Médio	Moderado	Controle de acesso a equipamentos e instalações físicas	53	Exatidão de informações de segurança para todos as informações	
	54		Médio	Moderado	Definir regras/procedimentos que garantam uma adequada prestação de serviços	54	Exatidão de informações de segurança para todos as informações	
	55		Médio	Moderado	Controle de acesso a equipamentos e instalações físicas	55	Exatidão de informações de segurança para todos as informações	
Jardins	56		Médio	Moderado	Identificação de vulnerabilidades	56	Exatidão de informações de segurança para todos as informações	
	57		Médio	Moderado	Definir regras/procedimentos que garantam uma adequada prestação de serviços	57	Exatidão de informações de segurança para todos as informações	
	58		Médio	Moderado	Controle de acesso a equipamentos e instalações físicas	58	Exatidão de informações de segurança para todos as informações	
	59		Médio	Moderado	Definir regras/procedimentos que garantam uma adequada prestação de serviços	59	Exatidão de informações de segurança para todos as informações	
	60		Médio	Moderado	Controle de acesso a equipamentos e instalações físicas	60	Exatidão de informações de segurança para todos as informações	

ÁREA/SERVIÇO: Serviços Hoteleiros (SH)

Sub-área/Actividade	Risco Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas / Plano de Trabalho	Gravidade
Centro do Parque	30 Insuficiência de um regulamento interno para o Parque de Estacionamento	Baixa	Alto	Moderado	54 Promover a existência de um regulamento para o parque de estacionamento.	SH	Deixar um regulamento de utilização do parque	●
	31 Insuficiência de sinalética vertical e horizontal que permita a atuação da PSP / cumprimento do regulamento interno	Alta	Médio	Elevado	55	SH	Em curso	●●
	32 Insuficiência de procedimentos para a cobrança de valores, risco de sinistro. Apropriação indevida de valores	Baixa	Alto	Moderado	56 Promover um procedimento para cobrança de valores do parque de estacionamento.	SH	Deixar um regulamento de utilização do parque	●
					57 Os valores cobrados devem encontrar-se devidamente registados e lançados	SH		●
					58 Definição de políticas de controlo de acesso ao programa de estacionamento e de manutenção dos valores cobrados.	SH	Deixar a guarda da equipa da Portaria com diariamente entrega nos Serviços Financeiros	●
					59 Definição de funções e responsabilidades	SH		●
Transporte de documentação e valores	33 Insuficiência de procedimentos para o transporte de documentação confidencial e valores entre serviços e entre hospitais	Média	Alto	Elevado	60 Durante os valores cobrados não entregues na Triagem e conteúdos no momento através da emissão pelo programa de faturação.	SH		●
					61 Definição do processo de recolha e entrega de documentos confidenciais e valores entre serviços sob a responsabilidade dos AD (Investigação / Auditoria)	SH, SP, FAI	Em curso e elaboração de um procedimento	●●
Resíduos Hospitalares	34 Insuficiência de procedimentos para a prestação de serviços de recolha de resíduos hospitalares	Baixa	Alto	Moderado	62 Definir de forma clara e precisa as obrigações técnicas dos cadentes de resíduos.	CAS	Refeitos em Cédulo de Resíduos Hospitalares do cumprimento das especificações técnicas	●
	35 Insuficiência de controlo de custos associados à recolha de resíduos hospitalares.	Baixa	Alto	Moderado	63 Elaboração de procedimento para a viagem, armazenamento e transporte de resíduos hospitalares, que cubra funções e responsabilidades, em todas as fases do processo.	CAS	Refeitos em Cédulo de Resíduos Hospitalares do cumprimento das especificações técnicas	●
					64 Promover formação e informação de todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de gestão de resíduos hospitalares.	CAS	Em procedimento existe e está implementado	●
Segurança contra Incêndio	36 Insuficiência do Plano de Emergência (curso)	Alta	Alto	Elevado	65 Promover formação e informação de todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de gestão de resíduos hospitalares.	CAS	Atualmente é feita formação aos profissionais através do Serviço de Formação bem como acompanhamento de Exercícios Internos de Serviço.	●
					66 Realização periódica das aulas associadas à recolha de resíduos hospitalares.	CAS	É efetuada anualmente com a validação das aulas e atualização por centro de curso	●
	37 Insuficiência do plano de segurança	Baixa	Alto	Moderado	67 Inspeções físicas regulares aos sistemas de proteção de incêndio e de controlo de meio ambiente	CAS	É efetuada a manutenção periódica e inspeção aos meios de combate a incêndio	●
Segurança no trabalho	38 Insuficiência de condições de segurança no trabalho	Baixa	Alto	Moderado	68 Elaboração do Plano de Emergência interno	CAS	Em curso	●●
					69 Operacionalização do plano de segurança	CAS	A atuação é muito grave para a definição das características dos equipamentos e condições a verificar nos locais de trabalho.	●
					70 Garantir formação dos colaboradores na área de segurança e saúde no trabalho.	CAS	É incluída no plano de formação do CHUV	●
					71 Promover e incentivar os colaboradores para a importância da participação de incêndios ou a stress de gestão de riscos (SH)	CAS	É incluída no plano de formação do CHUV	●
					72 Monitorização e reporte das participações efetuadas no sistema de gestão de riscos SH	CAS	Elaboração pelo Gabinete de Gestão do Risco / Risco não Clínicos	●

ÁREA/SERVIÇO: Serviços Hoteleiros (SH)

Sub-Área do risco	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Métodos Preventivos	Serviço Responsável	Implementação Técnica/Monitorização	Classificação
Rede de águas potáveis	39 Manutenção do Plano de prevenção Legionella	Média	Alto	Elavado	73 Implementação do plano de prevenção da Legionella	CAS	Está iniciado, mas ainda não concluído por contagem mensal fócos das instalações e reclusos sanitários para monitorizar necessas	
					74 Monitorização da qualidade da água da rede potável	CAS	Elavada normalmente com base no diagnóstico das novas situações de contaminação Monitorização de cilo conformidade e intervenção rápida de correção	
	40 Monitorização das descargas de águas no coléto	Baixa	Baixo	Exato	75 Monitorização da quantidade da água residual	CAS	Elavada normalmente com base no diagnóstico da água descartada	

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

Sub-Área/Ítem		Objetos Identificados	Importância	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Realização Medidas / Monitorização	Gravidade
Organização do Serviço	1	Organização da função identificada	Baixa	Média	1. Promover a existência de regulamento interno do serviço. 2. Definir atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SIAS, as quais deverão corresponder uma adequada sequência de funções.	SIAS	Aguarda validação da Qualidade e CA.	Amarelo
					3. Avaliar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade e atividades e o necessário trabalho extraordinário, suplementar.	SIAS	Relatório com tarefas e funções das funções SIAS	Verde
	2	Quadro de pessoal, inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Alta	Alta	4. Avaliar a necessidade de reforçar ou capacitar a equipa profissional do SIAS, mediante uma avaliação qualitativa.	SIAS	Responsável do Serviço faz a análise periódica das tarefas / funcionários. Relatório (internos)	Verde
					5. Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho do profissional.	SIAS	Contratação de consultoria externa para apoiar as necessidades de Recursos Humanos	Verde
	3	Falta de investigação entre aplicações	Baixa	Média	6. Eficácia, com regularidade o tratamento de informação por meio das diferentes aplicações que se integram de modo a validar a coerência dos dados, e evitar repetições de erros de informação entre aplicações, quando estas existam.	SIAS	Por falta de Recursos Humanos, tem sempre 1 possível, disponibilizar colaboradores para formação.	Amarelo
Gestão dos Sistemas de Informação	4	Desadequada gestão do parque informático (hardware, que em número, encontra-se insuficiente) que em avaliação falta de planeamento			7. Inventariação anual do parque informático com identificação acerca das características dos equipamentos por parte de trabalho.	SIAS	Implementação de SIAS - através do plano de trabalho, Heliar Register	Amarelo
					8. Elaboração de plano anual de necessidades de acordo com o orçamento disponível.	SIAS	3 Inventário anual foi efetuado. Encontra-se em falta criar a inventariação específica por cada posto de trabalho.	Amarelo
				Baixo	9. Desenvolver e implementar os devidos processos de planeamento ao nível das TI, para que todo o investimento seja adequado e devidamente justificado.	SIAS	Em formação, ainda não se encontra totalmente realizado.	Amarelo
					10. Planeamento de investimentos em TI, tendo em conta o benefício e demonstrar que se encontram devidamente enquadrados na estratégia de saúde a este nível para a entidade.	SIAS	Plano Estratégico SIAS	Verde
					11. Verificar se existem investimentos que identifiquem formas mais complexas todos os ativos, licenças, licenças e quais os seus "proprietários". E se existem regras de utilização da informação e de TI.	SIAS	Plano Estratégico SIAS e recursos humanos.	Verde
	5	Falta de controlo dos ativos informáticos	Média	Moderado	12. Eficácia e implementação de procedimentos, para o serviço de informática, em conjunto com os Serviços Financeiros e de Apoio Administrativo, sobre a atualização dos bens, identificação da sua localização, bem como a sua avaliação permanente.	SIAS SA 30	Sistema Informativo que documenta todos os ativos e seus grupo de utilização, cada ativo tem regras de utilização específicas as respetivas funções.	Verde
	6	Tratamento preventivo ou indolente no suporte técnico (clientes, partes etc.)	Baixa	Baixo	13. Adoção de um sistema de gestão e monitorização de tickets internos, quer seja por correio eletrónico ou por uma plataforma WEB.	SIAS	Inventariação Inicial de Bens	Verde
	7	Sistema de Informação (Software) desatualizados/ou incompatíveis	Média	Moderado	14. Assegurar o permanente atualização dos regimes das licenças, das plataformas de trabalho do CRM de modo garantir a perfeita operacionalidade e atualização das sistemas de informação através da atualização da base de dados de todos os pontos de trabalho com os respetivos software adequados, dadas as atualizações, etc.	SIAS	Plataforma específica para o efeito (suporte +)	Verde
						SIAS	Gratuito do A.S. VOUÇA PANDA	Amarelo
						SIAS		

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

Objetivo de risco	Riscos Mais Significativos	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Recente/Non Recente	Estado de Risco
Gestão dos Sistemas de Informação	Falta de aproveitamento de todos os potenciais dos aplicativos, por inexistência de uma política de fomento em sistemas de informação	Baixa	Médio	Moderada	15. Priorizar a utilização dos aplicativos nos sistemas de política, assegurando a segurança da informação dos aplicativos, tendo sempre presentes as necessidades de informação para a gestão.	SIAS/Serviço de Formação	Apresentar algumas ações de fomento	●
	Ao transmissibilidade de arquivos, da informação não se encontram definidos e/ou não se encontram atribuídas nenhuma função dentro da organização	Baixa	Alto	Moderada	16. Formalizar de responsabilidade de segurança. Criar técnicas/especificações responsáveis pela segurança da sua área de competência.	SIAS	Atualizar uma política de segurança, cada profissional apresenta um documento de segurança	●
	Os não desenvolvimento das iniciativas por falta de desempenho e relacionamento com as atividades competentes	Baixa	Baixo	Baixo	17. Encarregar cada um dos SIAS para reportar incidentes de segurança ao Serviço de Registo e Informação de Notificação (SIGRI) (RISQ).	SIAS	Deixar na caixa de correio de comunicação para as entidades em questão através do endereço de segurança	●
	Mantenção de acesso de colaboradores a sistemas/informação, após alteração a sua relação contratual. Falha de comunicação para destruição de perfil (e a mudança do serviço ao cliente)	Baixa	Baixo	Baixo	18. Elaborar procedimento para a criação de acesso aos sistemas e implementação de um procedimento que garanta a renovação dos direitos de acesso após a cessação da relação contratual.	SIAS SIGRI	Existir documento que salvaguarda a renovação	●
Processos e Procedimentos de Segurança	Acesso indevido a determinada aplicação ou informação	Baixa	Alto	Moderada	19. Realizar auditoria de acesso a sistemas de informação, através das funções dos profissionais com periodicidade suficiente, imediata e automática.	SIAS	Existir uma regra automática que em caso de alteração de R.I. recalcule a informação no AD	●
					20. Implementar de um procedimento formal de comunicação para destruição do perfil de acesso.	SIAS	Existir um procedimento automático diário que vai validar as atividades e dados de acesso dos SI.	●
					21. Garantir que o acesso ao ponto de trabalho é realizado através de credenciais de acesso específicas para cada profissional.	SIAS	A informação é inserida no sistema SI, estando uma regra na AD, que atribui as credenciais específicas para cada profissional.	●
					22. Realização de acesso a informação de acordo com os perfis atribuídos	SIAS	Seguir informação na AD	●
	Acesso indevido a sistemas e/ou aplicação de acesso indevido	Baixa	Alto	Moderada	23. Implementar de um procedimento para controle de acesso.	SIAS	Seguir informação na AD	●
					24. Limpar a informação com as ligações seguras através de VPN	SIAS	Aplicação de gestão de VPN - FortiClient FAD	●
					25. Monitorização dos níveis de acesso de aplicações informáticas, implementação de sistemas de controle e rastreabilidade dos acessos.	SIAS	Existir implementação da AD	●
					26. Implementar de programas de sensibilização e de recuperação de informações para proteção da credencial de autenticação, eliminando para o efeito um procedimento interno.	SIAS	Atuar de informação nos meios de comunicação internos	●
	Acesso não autorizado a sistemas e/ou aplicação de acesso indevido	Baixa	Baixo	Moderada	27. Implementar um controle na utilização de software de administração de sistemas	SIAS	Existir implementação da AD	●
					28. Implementar de uma política para o acesso de controle e rastreabilidade para proteção da informação armazenada em ambiente seguro (proteção por Firewall e SIAS)	SIAS	Existir implementação de SIAS - Lista de Utilizadores, implementação de SIAS para o acesso de VPN e acesso à rede da UTM	●
Gestão dos Sistemas de Informação	Falta de informação, por falta ou ineficácia de procedimentos para salvaguarda e recuperação de dados, podendo falhar nos planos de recuperação ou, a resposta a incidentes	Baixa	Alto	Moderada	29. Implementar de uma política de backup ajustada às necessidades da instituição.	SIAS	Atualmente existe uma política de backup de informação, utiliza software Veritas Backup Exec e i implementa	●
		Baixa	Alto	Moderada	30. Realização de testes periódicos de resposta dos backups realizados. Análise da capacidade de resposta de backups	SIAS	Existência no sistema Hinet	●

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

Sigla de Referência	Risco Identificados	Probabilidade	Impacto	Nível	Métricas Periféricas	Sistema Responsável	Implementações Medidas/Plano de Ação	Gravidade da Avaliação					
Processos e Procedimentos de Segurança					31	Implementação de soluções de backup atualizada e com capacidade adequada		SIAS	Inclusão em checklist, verificação no relatório HIRIS	Alta			
					32	Checar periodicamente a validade periódica do backup de segurança e os sistemas são gerenciados em local adequado designando para o efeito pessoas com qualificação técnica adequada do serviço de informática		SIAS	Técnicos responsáveis pela manutenção de backup 7 a 20 dias conforme a indicação dos fornecedores	Alta			
					33	Manter atualizado um manual de procedimentos que abranja todos as áreas relacionadas como sistemas e tecnologia de informação e comunicação, capacitando com as políticas de segurança e qualidade instituídas		SIAS	Aguardar validação da Qualidade e QA	Alta			
	17	Falta na segurança ao nível das informações e tecnologias de informação	Média	Alto		34	Possui atualizada uma política de segurança e implementar uma plano de segurança ao nível das ferramentas e tecnologias de informação, desenvolvimento estruturado e normalizados, nomeadamente através da definição dos procedimentos a adotar nas atividades de risco de tratamento (confidencialidade)		SIAS	Em exercício	Alta		
					35	Promover a existência de backups/segurança regularizar a atualização de informação transmissora, refrigeradora e de estocagem de dados pelo SIE		SIAS - SIE	Realização de testes em circuitos, estruturação de incidentes de classificação, energia elétrica, UPS e alteração da configuração em hardware com as manutenções destrutivas por parte do fabricante	Baixa			
	18	Falta dos Sistemas de Informação, risco de interrupção de serviço contínuo, perda ou deterioração da informação	Baixa	Alto	Medeirão	36	Restrição de acesso físico à pessoal (de monitorado) à sala técnica de servidores e promover monitoramento de controle de acesso		SIAS	Existência de controle de acesso ao Data Center	Baixa		
					37	Estruturação, manutenção e manutenção de um plano de contingência (que permita responder a interrupções de serviços)		SAE	Existem procedimentos de plano de contingência que salvaguarda o Data Center	Alta			
					38	Elaboração de planos de prevenção		SIAS	Existem prevenção IT - 24/24	Baixa	Baixa		
					39	Avaliação da necessidade de reestruturação do parque de hardware		SIAS	Monitorar HIRIS - Assessment Infraestrutura	Baixa	Baixa		
	19	Falta de segurança física do Data Center	Baixa	Baixo	Baixo	40	Avaliação da infraestrutura de armazenamento de informações e proteção do mesmo limitado ao Data Center Configuração e estruturação de controle de acesso físico ao Data Center, bem como de registro das atividades realizadas		SIAS	Relatório HIRIS - Assessment Infraestrutura	Baixa	Baixa	
	20	Falta de controlo sobre as aplicações, com falta de acesso e manipulação de dados eventualmente comprometidas - utilização de não licenciadas de fornecedores	Mélio	Médio	Medeirão	41	Implementação de medidas de reforço do controlo de acesso		SIAS Serviço de Proteção	Política AD, recursos humanos especializados	Baixa	Baixa	
	21	Identificação da derivação indevida de incidentes de segurança nos sistemas de informação e rede de comunicação	Mélio	Médio	Medeirão	42	Identificação das necessidades de formação dos colaboradores da área, bem como de revisão de salvaguarda da informação por parte de entidades externas; Implementar um sistema de análise e monitorização de logs		SIAS	Política AD e AD	Baixa	Baixa	
	22	Implantação de software não autorizado, potenciando vulnerabilidades da informação	Baixa	Mélio	Baixo	43	Implementar um sistema de gestão de registos e logs de atividades contra a adulteração e a ação não autorizada		SIAS	Política de segurança	Personal de segurança	Baixa	Baixa
					44	Rever regulamentação de atribuições das várias estruturas de segurança		SIAS	Política AD e HIRIS a possibilidade de software de forma local	Baixa	Baixa	Baixa	
					45	Verificar se estão implementados controlos de acesso, prevenção e recuperação para proteger contra códigos maliciosos (p.ex., utilização de anti-vírus atualizados)		SIAS	End Point Protection / Malware Guard	Baixa	Baixa	Baixa	
	23	Falta na prevenção contra ataques aos sistemas	Baixa	Alto	Medeirão	46	Adoptar sistema de firewall que permita implementar uma política de segurança a nível de acesso ao CIBV/VPN e Internet como a nível de segurança (GNP e ClamAV)		SIAS	Fortinet / Fortigate	Baixa	Baixa	Baixa
					47	Promover a existência de sistemas redundantes		SIAS	Clonar e alta disponibilidade de redirecionar máquinas virtuais	Baixa	Baixa	Baixa	

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

Sub-Atividade	Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação: Metas/Miniconteúdo	Estat. de Execução
Processos e Procedimentos de Segurança	24 Não cumprimento da legislação em vigor relativa à proteção de informação classificada	Média	Alto	Elevado	48 Criação de manuais internos legais e orientações técnicas	SIAS	Em execução	●
	25 Classificação de informação em nível superior da rede potencialmente impactar na segurança da informação e/ou na imagem da empresa	Média	Médio	Moderado	49 Segregar as redes de dados de acordo com a classificação da informação	SIAS	Seleção final - Assessment de estrutura	●
	26 Falta na confidencialidade e/ou integridade da informação transmitida em meios de comunicação internos, comprometendo o nível de segurança da informação	Baixa	Alto	Moderado	50 Implementar uma política/procedimento que regulem a troca de informação através de qualquer meio de comunicação	SIAS	Política de utilização de software, correio eletrónico e Internet	●
	27 Acesso a informação sensível ao ambiente de testes	Baixo	Baixo	Baixo	51 Implementar política de proteção e controlo de acesso de dados para testes, tendo em conta a sua sensibilidade	SIAS	Implementar em curso a criação de uma política de proteção e controlo	●
	28 Expor dados sensíveis, perda ou indisponibilidade de informação e dos sistemas em situação de alta gravidade	Alta	Médio	Baixo	52 De-lar procedimentos e planos de continuidade de negócios para situações críticas	SIAS	Planificações conjuntas das infraestruturas críticas	●
	29 Não deteção, comunicação, gestão ou preservação de evidências de incidentes de segurança da informação, permitindo inadequado análise e resposta a incidentes	Média	Alto	Elevado	53 De-lar e documentar as ações de resposta a incidentes de segurança	SIAS	Os incidentes são documentados através de templates próprios e consultado	●
	30 Falta de capacidade de resposta adequada a incidentes disruptivos potencialmente impactar negativamente na disponibilidade da informação	Baixa	Alto	Moderado	54 Implementar um processo de análise das causas das incidências e utilização do conhecimento adquirido na prevenção de ataques futuros	SIAS	Definir um procedimento de análise de incidentes para múltiplos eventos/funções	●
	31 Não cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados	Média	Alto	Elevado	55 Implementar um procedimento para recolha, tratamento e preservação das evidências que cubra os requisitos legais que se aplicam à investigação de crimes	SIAS	Em execução	●
					56 A BDR possui redutibilidade que garante a indisponibilidade perante eventos que comprometam a sua integridade física e lógica	SIAS	Instalação do FailSafe desde os Grupos RAC	●
					57 Adoção de um Programa de Gestão para análise e introdução de medidas para a implementação do novo Regulamento Geral de Proteção de Dados	SIAS, EPD	Instalação de um sistema de rastreio de acesso de aplicações	●
					58 Formação contínua (certificação) adequada sobre Privacidade de Dados	SIAS, EPD, Serviço de Formação	Ações de formação SEF, ações de formação internas e investigação interna	●

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

Sub-área/Área/Seção	Impacto Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Serviço de Instalações e Equipamentos	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas / Plano de Ação	Cronograma
Organização do Serviço	1	Organização da função instaladora	Baixa	Baixo	1	Prever a existência de regulamento interno do serviço.	SIE	Existir um procedimento	●
					2	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SIE, as quais devem contemplar uma adequada organização de funções.	SIE	Existir procedimento e Flangrama	●
					3	Analisar a necessidade de reforçar as capacidades da equipa de profissionais do SIE mediante uma avaliação caso-benefício.	SIE, GIC	Existir avaliação feita e comunicada ao CA	●
	2	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Média	Moderado	4	Promover a contratação de Engenheiros (e Técnicos) / Secretariado para a execução de trabalhos técnicos especializados.	SIE	Se foi pedido ao CA, aguardar a sua contratação	●
					5	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais	SIE, Serviço de Formação	As formações frequentadas são de caráter geral. Verificar-se a necessidade de promover formações mais específicas	●
Manutenção das Instalações e Equipamentos	3	Não existir planos de manutenção das instalações, aprovadas, que garantam as condições adequadas para o normal funcionamento das atividades dos serviços	Baixa	Moderado	6	Elaborar procedimentos, artigos, horários e responsabilidades para o controlo das instalações.	SIE	Existem Contratos de manutenção externa que contemplam planos de verificação, procedimentos de verificação, para as seguintes áreas: Geradores, Elevadores, Elevadores (geral e cozinha e arrisco), Sistema de transferência, Central de gases, radiadores, Central de água quente, AVAC, entre outros	●
					7	Elaborar e executar planos de manutenção das instalações.	SIE		●
					8	Elaborar informação periódica sobre o estado das instalações e apresentar planos de intervenção.	SIE	Consideração que é construído sendo esta, cada intervenção é acompanhada de relatório técnico com indicação de intervenções corretivas (se aplicável) e comunicação às entidades competentes (ex: direção geral de energia)	●
					9	Elaborar planos de manutenção e calibrações por equipamento, por serviço e por fornecedor.	GIC	Elabora-se em fase de conclusão o processo de elaboração de um procedimento interno do GIC relativamente à sua intervenção e instrução de trabalho relativos às "Manutenções preventivas" / ou corretivas por grupo de equipamento	●
					10	Garantir a existência de procedimento de gestão de ocorrências em relação aos equipamentos existentes nos serviços que permita a rastreabilidade de todas as intervenções corretivas efetuadas.	GIC		●
	4	Inexistência de procedimentos que garantam uma adequada gestão dos equipamentos (desde a aquisição até ao fim da vida útil), a segurança, as condições de conservação e a utilização correta e segura	Baixa	Baixo	11	Garantir aos utilizadores informação relevante sobre os equipamentos, como manuais de instruções, certificados, especificações técnicas, etc	GIC	Existir uma biblioteca digital de manuais de utilização de equipamentos no intranet, bem como outras informações pertinentes de segurança dos equipamentos. Cuidado à falta de verificação humana do serviço e o elevado volume de trabalho ainda não foi o suficiente para a criação do desenvolvimento do GICAF, com a SIV para a criação de cartões para cada um dos serviços dos diferentes referenciados aos seus equipamentos.	●
					12	Exigir aos fornecedores de materiais necessários para assegurar a eficiência e segurança do equipamento (vda etc), informando dos profissionais, serviços técnicos e de manutenção.	S. R	Existem nos contratos de manutenção externa. Quando lançado os contratos, é solicitado a identificação da equipa técnica.	●

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

Sub-Área/Atividade	Processos Identificados	Prevalência	Impacto	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação, Monitoramento	Estado
Manutenção das Instalações e Equipamentos	5. Inspeção de instalações elétricas específicas adequadas à complexidade das atividades realizadas (sistema de aquecimento, ventilação e ar condicionado - HVAC, instalações elétricas, ...)	Baixa	Baixo	Baixo	Definir e aplicar procedimentos preventivos para garantir que a manutenção das instalações elétricas adequadas à realidade das suas atividades, em conformidade com a legislação, de modo a garantir a segurança dos trabalhadores, seja realizada de acordo com as normas técnicas aplicáveis.	SIE	Existem as instalações específicas para cada área crítica de intervenção. Na ausência de capacidade interna, solicitado a prestação de serviços externos (ex. Medidas de qualidade do ar interior, etc).	●
	6. Inspeção de controle da ventilação e filtração de água e flúvia.	Baixa	Baixo	Baixo	Verificar regularmente os consumos de eletricidade da água e das flúvias para prevenir qualquer possível ocorrência de desperdício.	SIE	Nesta atividade não há controlo de consumo através das faturas emitidas. Está em execução a implementação de controlo local (em cada serviço) e nos equipamentos de maior consumo, para a eletricidade e água.	●
	7. Qualquer de segurança elétrica e física	Baixa	Alto	Moderado	15. Fervilha no plano de Emergência e Casuarina.	SIE	Atualização de documento indicativo do funcionamento dos geradores em caso de falta elétrica da rede.	●
					16. Existência de geradores de emergência.	SIE	Item 3.	●
					17. Manter o plano de emergência.	SIE	Apelo técnico dado pela licenciadora de energia quando há alguma falta de energia elétrica.	●
	8. Atividade de manutenção das estruturas de suporte de carga.	Baixa	Médio	Baixo	18. Controlo interno através de qual se verifica a existência de verticilos/afixação.	SIE	Elaboração de plano de verificação periódica e eventual por equipa interna de estruturas dos geradores (para controlo interno da manutenção).	●
	9. Inspeção de controle sobre a quantidade de material utilizado nas obras internas.	Baixa	Baixo	Baixo	19. Elaboração de plano de verificação periódica e eventual por equipa interna de estruturas dos geradores (para controlo interno da manutenção).	SIE	Item 3.	●
	10. Obras de manutenção ou de melhor qualidade económica.	Baixa	Médio	Baixo	20. Controlo interno através de qual se verifica a existência de verticilos/afixação.	SIE	Item 3.	●
	11. Obras de manutenção ou de melhor qualidade económica.	Baixa	Médio	Baixo	21. Inspeção de controle sobre a quantidade de material utilizado nas obras internas.	SIE	Item 3.	●
					22. Obras de manutenção ou de melhor qualidade económica.	SIE	Item 3.	●
					23. Obras de manutenção ou de melhor qualidade económica.	SIE	Item 3.	●
Empreitada Obras Públicas (EOP) e Contratos de Manutenção	12. Inspeção de trabalhos a mais.	Baixa	Médio	Baixo	24. Inspeção de controle sobre a quantidade de material utilizado nas obras internas.	SIE	Item 3.	●
	13. Obras de manutenção ou de melhor qualidade económica.	Baixa	Médio	Baixo	25. Inspeção de controle sobre a quantidade de material utilizado nas obras internas.	SIE	Item 3.	●
					26. Inspeção de controle sobre a quantidade de material utilizado nas obras internas.	SIE	Item 3.	●
					27. Inspeção de controle sobre a quantidade de material utilizado nas obras internas.	SIE	Item 3.	●
	14. Inspeção de trabalhos a mais.	Baixa	Médio	Baixo	28. Inspeção de controle sobre a quantidade de material utilizado nas obras internas.	SIE	Item 3.	●

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

Solo Área de risco	Riscos identificadas	Probabilidade	Impacto	Índice	Medidas preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas Manutenção	Classificação
Empresas Obras Públicas (EOP) e Centros de Manutenção	Existência de trabalhos a mais no âmbito das equiparadas, bem como o risco de ocupar com a execução dos trabalhos sem obter a autorização de órgão competente	Baixa	Médio	Baixo	32 O SE periodicamente verifica os dados das equiparadas, de que a execução de trabalhos de suprimento de peças e materiais não excede os limites quantitativos estabelecidos na lei.	SE/SA	Este ponto é fixo pela fiscalização externa	●
					33 Implementação de novas linhas que atendam a boa e adequada execução dos contratos por parte das beneficiárias, prestadoras de serviços em colaboração com o SE.	SE	Planejamento da execução das manutenções programadas no SHAPE e há controle da execução das planas de manutenção	●
					34 Definição de um plano de manutenção preventiva	SE/DEC	Segue plano de manutenção preventiva dos CA's	●
	Não cumprimento das operações de manutenção contratada com terceiros	Baixa	Médio	Baixo	35 Monitoramento das operações de manutenção preventiva por meio do acompanhamento definido no nível de cada serviço.	SE	Cada manutenção executada nos serviços, é solicitada a assinatura da ficha de obra e conferência com o serviço.	●
					36 acompanhamento e controle da performance dos prestadores de serviço nas instalações do CIBV.	SE/DEC	Parcial, falta de recursos humanos para o acompanhamento de todas as situações.	●
					37 Elaboração de um plano de controle definitivo da manutenção/equipamento utilizado	SE	O plano de controle definitivo é feito pela SEE	●
					38 Acumulação de relatórios de materiais no SE e SA por parte dos serviços utilizadores e ausência de parecer técnico feito do SE.	SE/SA	Relatório de qualquer avaria enviada é encaminhado ao CHAF	●
Gestão Involuntário	Ocorrência de desastres/reboque/furto de Equipamentos	Baixa	Baixo	Baixo	39 Controle anual dos equipamentos afetos a alguns centros de custo regularmente selecionados	SE/DEC	O CEC tem apólicia os serviços que são informados que houve furto e como proceder.	●
					40 Responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda	SE	auditoria aleatória não elaborada sem elaboração procedimento de controle	●
					41 Aprovação, pelo Conselho de Administração, dos afetos	SE	Os serviços informam ao chefe do gestor de área e/ou SE/DEC	●
	Não inventariação das bens oferecidas com eventual aproveitamento ou utilização, incorrida de bens públicos.	Baixa	Baixo	Baixo	42 Controle anual dos equipamentos afetos a alguns centros de custo aleatoriamente selecionados	SE/DEC	O CA já aprova os afetos	●
Gestão Involuntário	Falta de atenção no armazenamento de bens e materiais	Baixa	Baixo	Baixo	43 Realização de um parecer técnico relativo à conservação/condição ou existência do bem.	SE	Plano é efetuado por falta de recursos humanos além de que o inventário não está atualizado, pois existem muitos bens afetos transferidos que já foram alienados. O projeto do CEC transferiu revisão mas ainda não possui por falta de recursos.	●
					44 Aprovação, pelo Conselho de Administração, dos afetos	SE	Existe, Parecer Técnico é dado por registro externo e/ou serviços técnicos internos.	●
					45 Remoção física dos serviços utilizadores, de equipamentos cedidos por terceiros/acumulação inutilizados que aguardam formalização de afeto do inventário e remoção do CIBV.	SE	A remoção dos equipamentos dos serviços para afeto é efetuado há necessidade de local apropriado para colocação destes afetos, a aprovação do afeto pelo CA e afeto de destino (verificação, conservação, etc.)	●
	Avaliação de responsabilidade nas ocorrências de bens naturalmente dos equipamentos	Baixa	Médio	Baixo	46 Elaboração de documento devidamente justificado e fundamentado sobre as causas de avaria de equipamentos	SE	Avaria quando motivada por causas externas, é indenizada imediatamente. Grande parte das avarias não é atribuída a responsabilidade aos serviços e avarias de mais valor	●

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Formação

Sub-Área de Trabalho		Riscos Identificados	Probabilidade	Impacto	Risco	Serviço de Formação		Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medida/Monitorização	Classificação
Organização do Serviço	1	Organização da função inadequada	Alta	Baixo	Moderado	1	Prever a existência de regulamentação do serviço.		Serviço Formação	Existem regras de funcionamento para os serviços de formação, sendo que as regras de funcionamento são atualizadas regularmente.	
	2	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	Alta	Baixo	Moderado	2	Definir as atribuições e responsabilidades de todos os funcionários do serviço de formação, sendo que as regras de funcionamento são atualizadas regularmente.		Serviço Formação	Existem regras de funcionamento para os serviços de formação, sendo que as regras de funcionamento são atualizadas regularmente.	
	3	Inexistência de procedimentos ou regras escritas	Média	Baixo	Baixo	3	Atualizar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a evolução da atividade e a necessidade de atualização do quadro de pessoal.		Serviço Formação	Existem regras de funcionamento para os serviços de formação, sendo que as regras de funcionamento são atualizadas regularmente.	
	4	Falta de interação entre aplicações	Alta	Médio	Elevado	4	Garantir a existência e participação em ações de formação para melhorar o desempenho do profissional.		Serviço Formação	Existem regras de funcionamento para os serviços de formação, sendo que as regras de funcionamento são atualizadas regularmente.	
	5	Falta de interação entre aplicações	Alta	Médio	Elevado	5	Garantir a existência e participação em ações de formação para melhorar o desempenho do profissional.		Serviço Formação	Existem regras de funcionamento para os serviços de formação, sendo que as regras de funcionamento são atualizadas regularmente.	
Formação e desenvolvimento dos profissionais	6	Inadequação da formação dos profissionais	Média	Médio	Moderado	6	Definir a política institucional de formação e desenvolvimento profissional.		Serviço Formação	Existem regras de funcionamento para os serviços de formação, sendo que as regras de funcionamento são atualizadas regularmente.	
	7	Formação de objetivos de formação inadequados	Média	Médio	Moderado	7	Definir a política institucional de formação e desenvolvimento profissional.		Serviço Formação	Existem regras de funcionamento para os serviços de formação, sendo que as regras de funcionamento são atualizadas regularmente.	
	8	Formação de objetivos de formação inadequados	Média	Médio	Moderado	8	Definir a política institucional de formação e desenvolvimento profissional.		Serviço Formação	Existem regras de funcionamento para os serviços de formação, sendo que as regras de funcionamento são atualizadas regularmente.	
	9	Formação de objetivos de formação inadequados	Média	Médio	Moderado	9	Definir a política institucional de formação e desenvolvimento profissional.		Serviço Formação	Existem regras de funcionamento para os serviços de formação, sendo que as regras de funcionamento são atualizadas regularmente.	
	10	Formação de objetivos de formação inadequados	Média	Médio	Moderado	10	Definir a política institucional de formação e desenvolvimento profissional.		Serviço Formação	Existem regras de funcionamento para os serviços de formação, sendo que as regras de funcionamento são atualizadas regularmente.	
Formação e desenvolvimento dos profissionais	11	Formação de objetivos de formação inadequados	Média	Médio	Moderado	11	Definir a política institucional de formação e desenvolvimento profissional.		Serviço Formação	Existem regras de funcionamento para os serviços de formação, sendo que as regras de funcionamento são atualizadas regularmente.	
	12	Formação de objetivos de formação inadequados	Média	Médio	Moderado	12	Definir a política institucional de formação e desenvolvimento profissional.		Serviço Formação	Existem regras de funcionamento para os serviços de formação, sendo que as regras de funcionamento são atualizadas regularmente.	
	13	Formação de objetivos de formação inadequados	Média	Médio	Moderado	13	Definir a política institucional de formação e desenvolvimento profissional.		Serviço Formação	Existem regras de funcionamento para os serviços de formação, sendo que as regras de funcionamento são atualizadas regularmente.	
	14	Formação de objetivos de formação inadequados	Média	Médio	Moderado	14	Definir a política institucional de formação e desenvolvimento profissional.		Serviço Formação	Existem regras de funcionamento para os serviços de formação, sendo que as regras de funcionamento são atualizadas regularmente.	
	15	Formação de objetivos de formação inadequados	Média	Médio	Moderado	15	Definir a política institucional de formação e desenvolvimento profissional.		Serviço Formação	Existem regras de funcionamento para os serviços de formação, sendo que as regras de funcionamento são atualizadas regularmente.	

ÁREA/SERVIÇO: Serviço de Formação

Sub-dáta do voto		Receita levantada em	Pontuação	Importo	Risco	Medidas Preventivas	Serviço Responsável	Implementação Medidas / Monitorização	Grande Prioridade
Formação e desenvolvimento dos profissionais	B	Baixa adesão dos trabalhadores à frequência da formação institucional e baixa eficácia da formação realizada.	Muito	Muito	Moderado	32 Correção da fixação das chaves intermédias na frequência da formação.	Serviço Formação	Considera-se que estas medidas preventivas devem ser colocadas em prática, ao máximo, se é possível, com a colaboração / participação do Conselho de Administração. Os riscos identificados foram já reportados ao CO.	●
	C	Insuficiente avaliação do impacto da formação institucional.	Muito	Muito	Moderado	33 Correção da fixação das chaves intermédias na avaliação do impacto da formação.	Serviço Formação		●