

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

2022

RELATÓRIO ANUAL DE EXECUÇÃO



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Hospital
Santa Maria Maior, E.P.E.
BARCELLOS

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

RELATÓRIO ANUAL DE EXECUÇÃO

2022

Ficha Técnica

FICHA TÉCNICA

Título	Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
Entidade	Hospital Santa Maria Maior, EPE (HSMM)
Ano de Reporte	Ano de 2022
Âmbito	A elaboração do relatório de execução do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas, encontra-se prevista no Plano Anual de Auditoria Interna de 2023 e decorre das recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) e do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto.
Áreas Funcionais Envolvidas	Responsáveis dos serviços/áreas de risco identificadas no PGRCIC do HSMM
Responsável pela Elaboração	Serviço de Auditoria Interna
Contactos	auditoriainterna@hbarcelos.min-saude.pt

Índice

FICHA TÉCNICA	5
ÍNDICE	7
ÍNDICE DE QUADROS.....	9
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	11
ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	13
CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS	15
SUMÁRIO EXECUTIVO	17
PRINCIPAIS RESULTADOS.....	18
 <i>PARTE I. ESTRUTURA ORGÂNICA E CONTROLO INTERNO</i>	 22
1. ESTRUCTURA ORGÂNICA	24
2. CONTROLO INTERNO	26
 <i>PARTE II. EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS</i>	 28
1. METODOLOGIA	29
2. CONDICIONANTES	29
3. MONITORIZAÇÃO.....	29
4. CONCLUSÕES/RECOMENDAÇÕES.....	29
 ANEXOS.....	 32
ANEXO 1. MONITORIZAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS MEDIDAS PREVENTIVAS	33

Índice de Quadros

Quadro 1. Execução das medidas preconizadas no PGRIC – respostas dos serviços.....	18
Quadro 2. Comparação de medidas implementadas nos anos 2021-2022.....	19
Quadro 3. Responsáveis/Diretores de Serviço	25

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Percentagem de medidas implementadas por serviço	20
---	----

Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
CA	Conselho de Administração
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
GJ	Gabinete Jurídico
HSMM	Hospital Santa Maria Maior, EPE
MENAC	Mecanismo Nacional Anticorrupção
PGRIC	Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
SA	Serviço de Aprovisionamento
SAI	Serviço de Auditoria Interna
SFDP	Serviço de Formação e Desenvolvimento Profissional
SGD	Serviço de Gestão de Doentes
SGF	Serviço de Gestão Financeira
SGQ	Serviço de Gestão da Qualidade
SGRH	Serviço de Gestão de Recursos Humanos
SGSI	Serviço de Gestão dos Sistemas de Informação
SIET	Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes
SPAG	Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão

Considerações prévias

De acordo com a recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), de 1 de julho de 2009, devem os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, seja qual for a sua natureza, elaborar Planos de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC).

A recomendação sobre a elaboração do PGRIC define que:

- a. Sejam identificados, relativamente a cada área ou departamento, os riscos de corrupção e infrações conexas;
- b. Com base na identificação dos riscos, indicação das medidas adotadas que previnam a sua ocorrência;
- c. Definição e identificação dos vários responsáveis envolvidos na gestão do Plano;

O PGRIC do HSMM foi elaborado nos termos das orientações do CPC e revisto em dezembro de 2021 e encontra-se publicado no *site* do HSMM.

Ainda nos termos da Recomendação nº1/2009, deve o HSMM elaborar um relatório anual sobre a execução do PGRIC que identifique as situações potenciadoras de risco e aferir sobre o grau de execução das medidas propostas para combater a sua ocorrência e o seu envio ao CPC, bem como aos órgãos de superintendência e controlo.

Em cumprimento do estabelecido artigo 86º do Decreto-Lei nº52/2022 de 04 de agosto, o Serviço de Auditoria Interna elaborou o presente Relatório Anual de Execução, relativo ao ano de 2022, efetuando uma análise do grau de implementação das medidas preventivas apresentadas e avaliando a eficácia dos controlos adotados para aferir a necessidade de revisão dos riscos e mecanismos de controlo interno implementados.

Neste seguimento e tendo por base o PGRIC do HSMM, em vigor em 2022, foram realizados os trabalhos de monitorização através da utilização de um questionário, remetido por correio eletrónico aos diversos responsáveis pelas áreas de risco identificadas no referido plano.

Assim, o presente relatório consubstancia a avaliação das medidas de prevenção implementadas, em resultado das respostas obtidas das diversas áreas os serviços.

Sumário executivo

Dando cumprimento ao preconizado na recomendação emitida em 1 de julho de 2009 do CPC, através do presente relatório de execução, procede-se à monitorização anual de execução do PGRCIC.

Este processo de monitorização teve em consideração o PGRCIC revisto e aprovado pelo Conselho de Administração, em 18 de março de 2021.

O presente relatório de execução e monitorização das medidas preconizadas face aos riscos identificados, consubstancia a súmula das atividades desenvolvidas pelos serviços durante o ano de 2022.

O relatório foi elaborado pelo Serviço de Auditoria Interna (SAI), em articulação com os responsáveis de cada área de risco.

A informação presente neste relatório foi obtida a partir da informação de monitorização, remetida pelos responsáveis de cada área de risco, ao Serviço de Interna, pelo que a mesma beneficia da presunção de verdade.

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

De um modo geral, verificou-se que, das **434 medidas** preventivas previstas em função dos riscos identificados e discriminados no Anexo I deste relatório, foram implementadas 374, até 31 de dezembro de 2022, o que representa uma **taxa de execução de 87%**.

Principais resultados

No Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas foram identificados **245 riscos** e **434 medidas** destinadas a mitigar esses riscos, distribuídas sumariamente pelas áreas apresentadas no **Quadro 1**.

Quadro 1. Execução das medidas preconizadas no PGRIC – respostas dos serviços

Áreas sectoriais de risco (serviços/unidades funcionais)	Riscos identificados	Medidas previstas	Medidas 2022				
			Implementadas	%	NA	Não implementadas	%
Transversal à Instituição	21	43	40	93%	0	3	7%
Gestão de Doentes	21	42	35	83%	0	7	17%
Aprovisionamento	27	52	42	81%	0	10	19%
Farmácia	11	20	19	95%	0	1	5%
Gabinete Jurídico	9	15	15	100%	0	0	0%
Gestão Financeira	36	49	43	88%	2	4	8%
Instalações, Equipamentos e Transportes	17	37	29	78%	0	8	22%
Gestão de Recursos Humanos	42	65	62	95%	0	3	5%
Gestão de Sistemas de Informação	15	29	26	90%	0	3	10%
Planeamento e Apoio à Gestão	6	10	9	90%	0	1	10%
Auditoria Interna	8	15	14	93%	0	1	7%
Gestão da Qualidade	8	11	10	91%	0	1	9%
Comunicação e Marketing	6	8	7	88%	0	1	13%
Gestão Hoteleira	18	38	23	61%	0	15	39%
TOTAL	245	434	374	87%	2	58	13%

Fonte: Serviço de Auditoria Interna

Conforme se pode constatar através do **Quadro 1**, das **434 medidas** preventivas previstas no Plano, foram alegadamente implementadas pelos serviços 374 medidas, o que representa uma **taxa global de execução** de 87%.

Importa salientar que, para o Serviço de Gestão Hoteleira, nomeadamente para as medidas na qual se encontravam como responsável pela implementação, a Unidade Funcional de Nutrição (UFN), a Responsável referiu que várias das medidas não foram implementadas (54% de medidas previstas não foram implementadas) dado que a mesma se encontrava ausente por baixa médica durante dois períodos de tempo bem como por motivo de escassez de recursos humanos.

Comparativamente ao ano de 2021, verificou-se, globalmente, uma **ligeira melhoria da percentagem de medidas implementadas no ano transato**, conforme se pode verificar no **Quadro 2**, sendo que no ano de 2021 se registaram 80% do total das **medidas implementadas** pelos vários serviços e no ano de 2022, **87%**, o que representa um **aumento de 7%**.

Quadro 2. Comparação de medidas implementadas nos anos 2021-2022

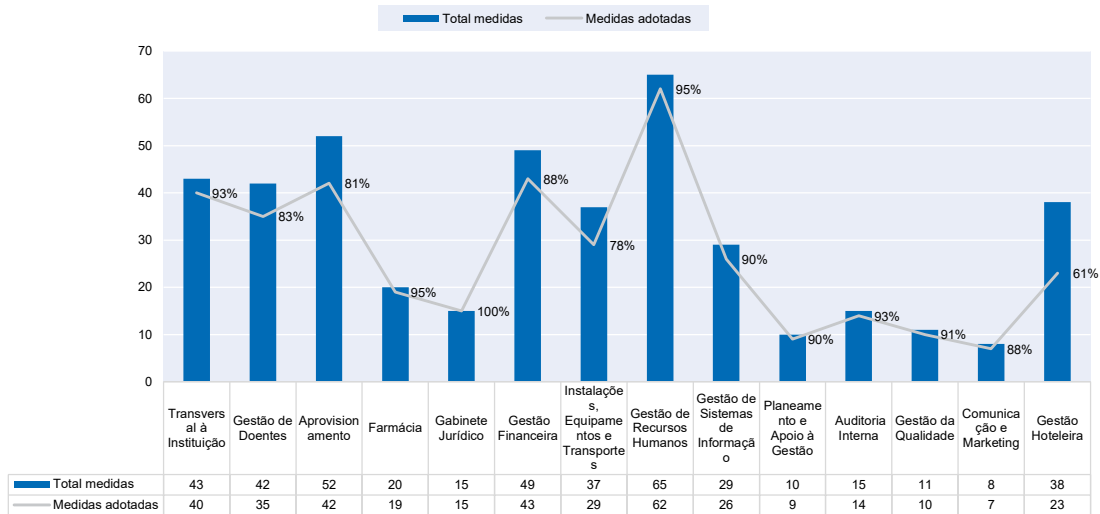
Áreas sectoriais de risco (serviços/unidades funcionais)	Riscos identificados	Medidas previstas	Medidas 2021		Medidas 2022		Δ % (2022- 2021)
			Implementadas	%	Implementadas	%	
Transversal à Instituição	21	43	38	88%	40	93%	5%
Gestão de Doentes	21	42	33	79%	35	83%	5%
Aprovisionamento	27	52	44	85%	42	81%	-4%
Farmácia	11	20	17	85%	19	95%	10%
Gabinete Jurídico	9	15	14	93%	15	100%	7%
Gestão Financeira	36	49	41	84%	43	88%	4%
Instalações, Equipamentos e Transportes	17	37	29	78%	29	78%	0%
Gestão de Recursos Humanos	42	65	53	82%	62	95%	14%
Gestão de Sistemas de Informação	15	29	22	76%	26	90%	14%
Planeamento e Apoio à Gestão	6	10	4	40%	9	90%	50%
Auditoria Interna	8	15	14	93%	14	93%	0%
Gestão da Qualidade	8	11	7	64%	10	91%	27%
Comunicação e Marketing	6	8	4	50%	7	88%	38%
Gestão Hoteleira	18	38	27	71%	23	61%	-11%
TOTAL	245	434	347	80%	374	87%	7%

Fonte: Serviço de Auditoria Interna

Pela análise do **Quadro 2**, pode-se constatar que os serviços que tiveram **um maior incremento do número de medidas implementadas**, comparativamente ao ano transato, foram o **Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão, Gabinete de Comunicação e Marketing e Gabinete de Gestão da Qualidade**, passando de 40% para 90%, 50% para 88% e 64% para 91%, respetivamente.

Destaca-se o **Gabinete Jurídico** como sendo o serviço com taxa de execução das medidas preconizadas de 100% no ano de 2022.

Gráfico 1. Percentagem de medidas implementadas por serviço



Fonte: Serviço de Auditoria Interna

Da análise ao **Gráfico 1** verifica-se que o **Gabinete Jurídico (100%)**, o **Serviço de Gestão de Recursos Humanos (95%)** e os **Serviços Farmacêuticos (95%)** foram os serviços que apresentaram **uma maior percentagem do número de medidas implementadas**.

Em contraponto, os serviços com mais medidas por implementar são o **Serviço de Gestão Hoteleira**, com maior enfoque na **Unidade Funcional de Nutrição** e o **Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes**, apresentando uma taxa de execução de 61% e 78%, respetivamente.

No que concerne à implementação das medidas não implementadas, a maior parte dos serviços apontou o dezembro de 2023 como prazo limite de implementação.

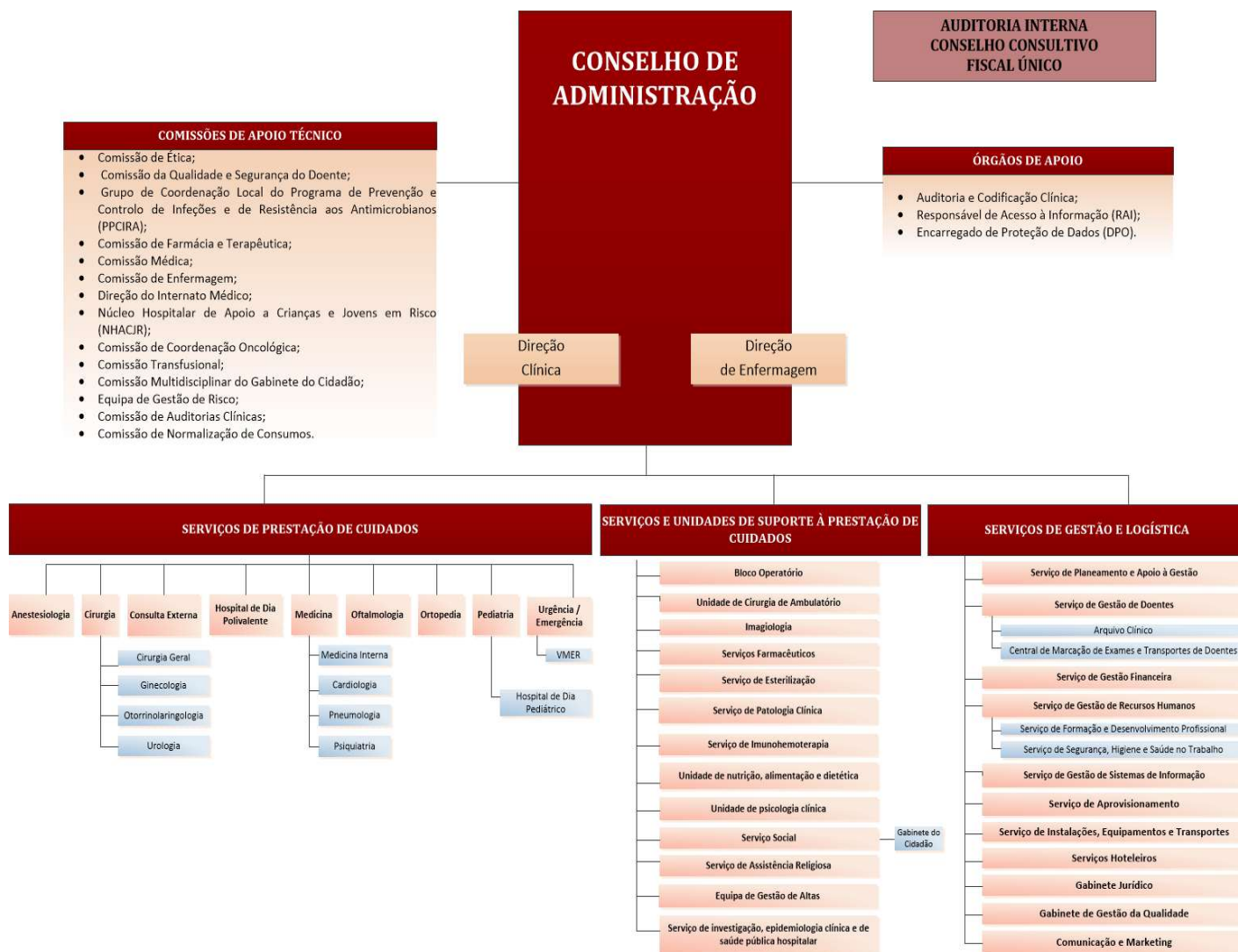
Parte I

Estrutura orgânica e controle interno

1. Estrutura orgânica

Os hospitais EPE organizam-se de acordo com as normas e critérios genéricos definidos pela tutela em função das suas atribuições e áreas de atuação específicas, devendo os respetivos regulamentos internos prever a estrutura orgânica com base em serviços agregados em departamentos e englobando unidades funcionais.

Assim, de acordo com o seu Regulamento Interno, o HSMM tem a seguinte organização¹:



O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Joaquim Barbosa
Olívia Silva Lopes
Marta Gomes
Manuel Joaquim Passos

Presidente do Conselho de Administração
Vogal Executiva
Diretor Clínico
Enfermeiro Diretor

¹ O organograma encontra-se contemplado no Regulamento Interno (RI) do Hospital Santa Maria Maior, EPE, homologado pela Sua Excelência a Secretária de Estado da Saúde em 22 de fevereiro de 2018. O RI foi revisto e enviado para Homologação da tutela em março de 2021.

Quadro 3. Responsáveis/Diretores de Serviço

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	
Cirurgia Geral	Dr. Mário Reis
Ginecologia	Dra. Esmeralda Feliciano
Oftalmologia	Dra. Natacha Moreno
Otorrinolaringologia	Dra. Sara Sena Esteves
Urologia	Dr. André Quinta
Consulta Externa	Dra. Cláudia Reis
Hospital de Dia Polivalente	Dra. Marta Gomes
Urgência/Emergência	Dra. Helena Martins Pires
VMER	Dr. Rui Pinto
Medicina Interna	Dr. Carlos Oliveira
Cardiologia	Dra. Alexandra Sousa
Pneumologia	Dr. Nuno Pires
Anestesiologia	Dra. Isabel Santos
Ortopedia	Dr. Luís Miguel Silva
Pediatria (incluindo hospital de dia pediátrico)	Dra. Ivone Teixeira ²
SUPORTE À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	
Bloco Operatório	Dr. Gonçalo Leitão Fernandes ³
Unidade de Cirurgia de Ambulatório	Dr. Sérgio Monteiro
Imagiologia	Dr. José Campos Trailla/ Téc. Marco Rodrigues
Imuno-hemoterapia	<i>Sem nomeação</i>
Patologia Clínica	Dr. André Carvalho
Unidade de Psicologia Clínica	Dra. Daniela Simões
Unidade de Nutrição e Dietética	Dra. Isabel Fernandes
Serviços Farmacêuticos	Dra. Maria João Peixoto
Serviço de Esterilização	Enf. Rui Gomes
Equipa de Gestão de Altas	Enf. ^a Paula Machado
Serviço Social (incluindo o gabinete do cidadão)	<i>Sem nomeação</i>
Serviço de investigação, epidemiologia clínica e de saúde pública hospitalar	Dra. Alexandra Sousa
GESTÃO E LOGÍSTICA	
Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão	Dra. Helena Gouveia ⁴
Serviço de Gestão de Doentes	Dr. Luís Arantes
Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho	Enf. Fernando Silva ⁵
Serviço de Gestão Financeira	Dra. Rosa Barroso
Serviço de Gestão de Recursos Humanos	Dra. La Salete Monteiro
Serviço de Gestão de Sistemas de Informação	Dr. Jorge Amorim
Serviço de Aprovisionamento	Dra. Fernanda Lima
Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes	Eng. ^o Manuel Silva ⁶
Serviços Hoteleiros	D ^a Luciana Alves
Serviço de Formação e Desenvolvimento Profissional	Enf. ^a Maria Carreiras
Gabinete Jurídico	Dra. Ana Santos
Gabinete de Gestão da Qualidade	Enf. Fernando Silva
Comunicação e Marketing	Dra. Mariana Martins

² Nomeada em reunião de CA a 03/11/2022.

³ Nomeado em reunião de CA a 15/09/2022.

⁴ Até 04/04/2022.

⁵ Nomeado em reunião de CA a 01/04/2022.

⁶ Nomeado em reunião de CA a 12/03/2022.

2. Controlo interno

De acordo com os princípios do bom governo, referidos na Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, o HSMM tem implementadas estruturas de administração e fiscalização ajustadas à sua dimensão e complexidade.

O modelo adotado no HSMM tem por objetivo assegurar uma efetiva segregação de funções de administração executiva e de fiscalização. Neste sentido, cabe ao Conselho de Administração criar e manter um sistema de controlo interno adequado à dimensão e complexidade do HSMM. Ao Fiscal Único, como órgão de fiscalização, compete o controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do HSMM. Paralelamente, o Serviço de Auditoria Interna avalia os processos de controlo interno e de gestão de riscos, fornecendo ao Conselho de Administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços.

Outra vertente de controlo interno do HSMM é a sua estrutura organizativa, consubstanciada no organograma que identifica os vários serviços e unidades de apoio, a quem são atribuídas as respetivas missões e responsabilidades.

A par, os serviços são apoiados por um conjunto de normas, políticas, procedimentos e deliberações do Conselho de Administração que permitem estabelecer medidas de controlo interno e níveis de responsabilização.

No que concerne à matéria de conflito de interesses, o CPC, através da Recomendação n.º 5/2012, de 7 de novembro, recomendou a elaboração de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflito de interesses integrados nos planos de prevenção de riscos.

Relativamente a esta questão, para além do PGRIC definir mecanismos que regulem e evitem essas situações, o Código de Ética do HSMM prevê diversas medidas tendo em vista a prevenção de eventuais conflitos de interesses.

Por outro lado, os membros do Conselho de Administração têm pleno conhecimento dos deveres de abstenção de participar na discussão e deliberação de determinados assuntos e respeitam as correspondentes normas no exercício das suas funções, tendo feito a declaração prevista no artigo 22º n.º 9, do estatuto do gestor público.

Parte II

Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

1. Metodologia

Em conformidade com o estabelecido no PGRIC, a metodologia adotada para a sua monitorização incluiu a utilização de um questionário, remetido pelo Serviço de Auditoria Interna, por correio eletrónico, aos diretores/responsáveis de serviço das áreas de risco identificadas no PGRIC. O questionário para monitorização do PGRIC, em vigor, contemplava a seguinte informação:

- i. Identificar medidas implementadas;
- ii. Identificar, para cada medida não implementada, o motivo da não implementação e o prazo para execução da mesma.

Assim, a análise apresentada neste relatório teve por base uma autoavaliação realizada pelos responsáveis dos serviços/áreas, sobre a implementação das medidas, previstas no PGRIC, até dezembro de 2022.

2. Condicionantes

Os diretores/responsáveis de serviço responderam à generalidade das solicitações do SAI. Porém, registaram-se demoras na disponibilização de alguma informação, por parte de alguns serviços.

De referir que a informação presente no relatório foi obtida a partir dos mapas de monitorização preenchidos pelos responsáveis de cada área de risco, pelo que beneficia da presunção de veracidade.

3. Monitorização

O plano foi objeto de monitorização por parte dos responsáveis, os quais relataram, relativamente a cada área de risco e de acordo com o PGRIC em vigor, as medidas de controlo implementadas, as quais poderão ser analisadas com maior detalhe em anexo ao presente relatório – anexos I.

4. Conclusões/recomendações

Conclusões

O PGRIC é um instrumento fulcral para a gestão de risco, sendo um utensílio de qualidade e integridade do sistema de controlo interno do HSMM. Como tal, deve ser entendido como um instrumento de gestão dinâmico permanente que se encontra sujeito a um aperfeiçoamento contínuo.

No entanto, o presente relatório apresenta um balanço do nível de aplicação e monitorização do PGRIC do HSMM, em vigor no ano de 2022.

Considera-se fundamental durante o corrente ano de 2023, continuar a apostar no envolvimento dos diversos responsáveis pelas áreas identificadas com vista a que os responsáveis reconheçam o plano como um elemento importante para identificarem e mitigarem os riscos inerentes às suas atividades.

Assim, numa análise mais pormenorizada efetuada aos reportes provenientes das diferentes áreas de risco resultam as seguintes conclusões:

- a. O grau de execução/implementação do PGRCIC no período analisado foi de 87%.
- b. Verificou-se, através da informação recolhida, que o grau de implementação das medidas de controlo interno apresenta variações significativas por área. Realçando-se, de forma positiva o Gabinete Jurídico, o Serviço de Gestão de Recursos Humanos e os Serviços Farmacêuticos, com uma taxa de execução de 100%, 95% e 95%, respetivamente e de forma negativa, o Serviço de Gestão Hoteleira (nomeadamente Unidade Funcional de Nutrição) e o Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes, por serem os serviços que apresentaram maior debilidade no que concerne ao grau de implementação das medidas identificadas no plano.
- c. Relativamente à matéria de conflito de interesses, salienta-se a preocupação da gestão quanto a esta questão, tendo sido adotadas medidas no sentido de reduzir tais situações.
- d. Pode-se concluir que, de um modo geral, se tem verificado uma maior consciencialização em relação à importância da identificação de riscos e da implementação de

mecanismos que ajudem a prevenir e/ou mitigar esses mesmos riscos, refletindo-se na identificação novas áreas e riscos, bem como as respetivas medidas preventivas inerentes.

Recomendações

No seguimento da análise sobre a implementação do PGRCIC, mantêm-se como recomendações:

- a. Os responsáveis das diversas áreas deem continuidade à implementação das medidas identificadas no PGRCIC em vigor para o ano 2023⁷.
- b. Os membros do Conselho de Administração e os demais responsáveis das diversas unidades orgânicas devem manter uma contribuição ativa no âmbito do Plano, designadamente na identificação de novos riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas.
- c. O CA deverá avaliar a necessidade de contratação de recursos humanos para os serviços que mencionaram esse fundamento para a não implementação de algumas medidas, nomeadamente, a Unidade Funcional de Nutrição.
- d. Sensibilização/ consciencialização dos colaboradores, das diferentes áreas de risco, para a necessidade de

⁷ Homologado pelo CA em 18 de março de 2021.

- participação em ações de formação com o intuito do reforço das suas competências.
- e. Que se proceda ao acompanhamento das medidas parcialmente implementadas ou ainda não implementadas junto dos responsáveis de serviço das áreas de risco identificadas.
 - f. Para elaboração do próximo Relatório de Execução do PGRIC, o SAI irá realizar, aleatoriamente, alguns testes de conformidade para verificar o efetivo cumprimento das medidas reportadas como implementadas.
 - g. Na revisão do PPRIC, deverão ser acomodadas todas as situações previstas no Decreto-Lei nº 109-E/2021, de 09 de dezembro.

Após aprovação do presente relatório deverá o CA providenciar a sua publicação no *site* do HSMM.

O presente relatório de execução deverá ser remetido ao Conselho de Prevenção da Corrupção e MENAC bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo, em cumprimento com o Decreto-Lei nº 109-E/2021 de 09 de dezembro.

Anexos

Anexo 1. Monitorização da implementação das medidas preventivas

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO							RISCOS IDENTIFICADOS		PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS		SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
TRANSVERSAL À INSTITUIÇÃO	Estrutura Organizacional	1	Estrutura organizacional desadequada ou desatualizada	F	M	F	1	Garantir a existência de Regulamento Institucional, obedecendo à lei e de acordo com a organização interna da entidade.		CA; GJ	S						
							2	Garantir a existência de Regulamentos Internos de todos os serviços/unidades orgânicas.		CA; SERVIÇOS	S						
							3	Verificar a aprovação, homologação, publicação e revisões dos regulamentos internos.		CA; GGQ	N	GGQ = Não	1º semestre de 2023				
	Ética e deontologia	2	Comportamentos inadequados, quebra de valores éticos e valores funcionais	F	M	F	4	Promover a existência e divulgar o código de ética e de conduta do HSMM.		CA; Comissão Ética	S						
							5	Sujeição de todos os trabalhadores, chefias, diretores do HSMM ao dever legal de sigilo.		CA; Comissão Ética	S	CA: Cláusula contratual e critério na seleção de pessoal no procedimento de recrutamento.					
		3	Divulgação aos meios de comunicação social de informação suscetível de criar perturbações internas ou externas	F	M	F	6	Promover debate ou formação aos profissionais sobre a temática "ética e deontologia".		CA; Comissão Ética; CFDP	N						
							7	Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais.		CA; GJ	S	CA: Decorre da legislação em vigor e sempre que necessário o CA procede à instrução de processo. GJ: Existência de regulamento disciplinar, códigos de condutas, e outras matérias , não só da alçada do GJ como por exemplo SGRH.					
		4	Assédio moral ou discriminação contra os trabalhadores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, ideológicas ou outras.	F	M	F	8	Existência de um regulamento interno e sistema de comunicação de irregularidades.		CA; SAI	S						
							9	Existência de ponto focal de acordo com o Despacho 1/2020 do Secretário de Estado da Saúde de 30 de janeiro e Despacho 2102/2020 da Administração Interna da Saúde, de 13 de fevereiro		CA	S						
							10	Implementar o Plano PAPVSS.		CA; Ponto focal PVSS	S	Ponto Focal PVSS: Modelo de governação, e reuniões do GOI, com análises de casuística.					

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO						RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)	
TRANSVERSAL À INSTITUIÇÃO										11	Monitorizar a implementação do Plano PAPVSS a nível institucional.	Ponto focal PVSS	S	É feita avaliação e adaptada face a ARS.	
										12	Definir procedimentos e medidas apropriadas.	Ponto focal PVSS	S	O ponto focal é um coordenador local das medidas tomadas sempre em grupo operativo local onde são discutidas. Ponto focal coordena com a política definida para a intervenção perante legislação, mas é uma decisão do GOI.	
										13	Elaborar anualmente plano de ação e relatório de atividades institucional (PVSS).	Ponto focal PVSS	S	Enviado para CA	
	Conflito de interesses	5	Comprometimento da isenção e a imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas	F	M	F	14	Existência de Declaração escrita dos membros do Conselho de Administração em como não existem quaisquer relações suscetíveis de gerar conflito de interesses com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócios, nos termos do artigo 52º do DL 133/2013.	CA	S					
		6	Tratamento privilegiado de familiar, amigo, concorrente, fornecedor ou alguém interessado na decisão	F	M	F	15	Existência de Declaração escrita dos membros do CA em como não intervêm nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas, conforme determinado no artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.	CA	S					
		7	Permeabilidade à influência de entidades externas com vantagens para estas/ Parcialidade na emissão de deliberações	F	M	F	16	Obtenção de declaração de interesses privados dos elementos constituintes dos júris e comissões técnicas de análise.	SA	S	Preenchimento da Declaração de Inexistência de Conflito de Interesses, Anexo III do CCP, transversal a todos os procedimentos e também da Declaração de Inexistência de Incompatibilidades, do DL nº 14/2014, esta apenas aplicável aos procedimentos de medicamentos e de DM.				
		8	Existência de conflito de interesses que ponham em causa a transparência dos procedimentos dos concursos	F	M	F	17	Proibição dos dirigentes, chefias e trabalhadores do HSMM pedir ou aceitar ofertas e outros benefícios, excecionando a aceitação de ofertas ou hospitalidade de reduzido valor, de acordo com a lei vigente.	CA; SA; SFARM; SIET; SGS; SGD	S	CA: Existe uma orientação do CA sobre a aceitação de donativos ao HSMM, não se admitindo ofertas a título pessoal				

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS		SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)	
TRANSVERSAL À INSTITUIÇÃO			F	M	F	18	Emissão de parecer, pelo Gabinete Jurídico, sobre aceitação de donativos e ofertas.	GJ	S	são emitidos pareceres casuísticos sempre que o CA solicita só assim toma conhecimento do facto		
		Aceitação de cargos em entidades privadas após cessação de funções no HSMM - situações de conflitos de interesses que envolvam trabalhadores que, por via do exercício de funções no HSMM:				19	Inclusão nos contratos de trabalho de cláusula específica sobre conflito de interesses e pacto de não concorrência em contratos cessantes e durante a vigência nos limites da lei.	CA; SGRH; GJ	S	GJ: Nos contrato ao abrigo do CCP quando se impõe é colocada; SGRH: Cláusula contratual		
	9	- tenham participado, direta ou indiretamente, em decisões que abranjam a entidade privada;				20	Promover a existência e divulgar o código de ética e de conduta do HSMM.	CA; Comissão Ética; GGQ	S	GGQ: 0237_Cod_CCSS - CÓDIGO DE ÉTICA DO HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, E.P.E.		
		- tenham tido acesso a informação privilegiada na qual a entidade privada tenha interesse;				21	Promover debate ou formação aos profissionais sobre a temática "conflito de interesses".	CA; Comissão Ética; GJ; CFDP	S	CA: N; DEP: Formação interna realizada versando os direitos e deveres dos profissionais; GJ: Existe , é feita formação quando se abordam, questões de disciplina laboral, sigilo e confidencialidade , temas de deveres e direitos dos trabalhadores são referidos código de éticas outros normativos internos e códigos deontológicos		
		- possam ter influência no HSMM através de trabalhadores.										
	Delegação de competências	10	Abuso de autoridade delegada/exercício indevido de competências	F	M	F	22	Publicação em Diário da República e divulgação na intranet e relatório do governo societário das delegações, subdelegações de competências/pelouros atribuídos.	CA; GGQ; SPAG	S	GGQ: Circulares Informativas do CA, nomeadamente a CI N.º 20 de 16-09-2019. SPAG: Anualmente, é referida informação sobre delegações de competências e pelouros do CA, no Relatório do Governo Societário.	
							23	Criação de um repositório no Portal Interno com todas as delegações e subdelegações, vigentes, revogadas e caducadas.	CA; GGQ	N	CA: Em 2023 será averiguado se o portal interno existente permite colmatar esta situação;	
							24	Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais.	CA; GJ	S	CA: Decorre da legislação em vigor e sempre que necessário o CA	

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementa da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
TRANSVERSAL À INSTITUIÇÃO									procede à instrução de processo; GJ: Sanções emergem diretamente da lei, ou em caso difusos, existe em fase de aprovação novo regulamento com medidas pré disciplinares e articulação de serviços remetido a CA já revisto por qualidade que aguarda aprovação, e além de tudo são apreciadas em sede GOI, e feita ficha de referenciação, levadas a conhecimento GOI.	
	Acumulação de funções	11 Exercício de atividades não autorizadas.	M	M	M	25 Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções nos termos definidos no artigo 29º da Lei nº 12 A/2008, de 27 de fevereiro, assim como no Estatuto do Gestor Público.	CA; SGRH	S	SGRH: Circular Informativa Interna	
		12 Exercício da atividade privada durante o horário de trabalho.	F	E	M	26 Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais.	CA; GJ; SGRH	S	CA: Decorre da legislação em vigor e sempre que necessário o CA procede à instrução de processo; GJ: Trata-se de uma infração a deveres dos trabalhadores, portanto sob despacho superior é aberto processo disciplinar; SGRH: Instauração de procedimento disciplinar nos termos legais (ação disciplinar através do exercício do poder disciplinar por parte da entidade empregadora).	
		13 Utilização de recursos públicos no exercício da atividade privada	F	E	M	27 Registo biométrico de assiduidade, transversal a todos os grupos profissionais.	SGRH	s	Instauração de procedimento disciplinar nos termos legais (eventual ação disciplinar através do exercício do poder disciplinar por parte da entidade empregadora)	
	Prevenção da corrupção	14 Não observância da legislação e regulamentação em vigor relativas à prevenção da corrupção	F	M	F	28 Garantir a existência e execução de um Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) alinhado com os objetivos estratégicos do HSMM.	SAI	S		
						29 Garantir a elaboração anual do Relatório de Execução do PGRCIC.	SAI	S		

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO							RISCOS IDENTIFICADOS		PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS		SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
TRANSVERSAL À INSTITUIÇÃO	15	Não deteção de conduta corrupta de trabalhadores	M	M	M	30	Divulgação e sensibilização dos trabalhadores para os riscos de corrupção e infrações conexas.	CA; SAI; GGQ	S	CA: Existe um plano de prevenção e são elaborados relatórios que são divulgados a todos os profissionais.							
		16	Retaliação ou ação disciplinar a trabalhadores que reportem atos de corrupção, de má conduta ou violação dos deveres profissionais	F	M	F	31	Assegurar a implementação e manutenção sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades.	CA; SAI	S	CA: Existe um regulamento que é atualizado periodicamente e divulgado a todos os profissionais.						
	32						Existência de um regulamento interno de comunicação de irregularidades.	SAI	S								
	33						Existência de sanções em caso de violação do dever de obediência e lealdade.	CA; GJ	S	CA: Decorre da legislação em vigor e sempre que necessário o CA procede à instrução de processo. GJ: Processos disciplinares instaurados e concluídos por infração a leis e normativos imperativos							
	17						Avaliações de desempenho irregulares, ou favorecendo prejudicando trabalhadores	F	M	F	34	No âmbito do SIADAP, existência de um Conselho Coordenador da Avaliação onde são validadas as avaliações.	CA	S			
		35	Existência de uma Comissão Paritária onde se encontram representados os vários grupos profissionais.	CA	S												
	Proteção de Dados	18	Fornecimento/acesso de informação não autorizada a terceiros	M	M	M	36	Existência de um Responsável de Acesso à Informação.	CA; RAI	S	Nomeação de CA						
							37	Promover a existência de normativos interno no âmbito do acesso à informação, controlando a legitimidade jurídica de acesso.	RAI	S	Existem regulamento de acesso, instruções para acessos em diversos suportes, deveres de informação cumpridos						
							38	Promover a existência de normativos interno no âmbito do acesso à informação, controlando a base legal para cedência de dados nominativos.	EPD	S	A base legal é apreciada nos termos genéricos dos artº 4º e 9 do RGPD, sempre que solicitada conjugando com ao lei 26/2016						
		19	Utilização de dados dos sistemas de informação ou	M	M	M	39	Existência de um Encarregado de Proteção de Dados.	CA; EPD	S	EPD: Nomeado por CA						

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO						RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
TRANSVERSAL À INSTITUIÇÃO			outra informação para fins privados						40	Assegurar a implementação e o cumprimento do RGPD.	CA; EPD	S	EPD: Dados pareceres/recomendações, feitas AIPD, casuísticas para cada estudo, investigação, acessos e pedidos, verificados e respondidos solicitações de pessoas titulares de dados sobre qualquer acesso que pretendam ver esclarecido regulares verificações ,de eliminação de acervo documental, fornecido material para newsletter sobre RGPD, ações de comemoração de data de proteção de dados com conteúdo, promovida formação	
		20	Não cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD)	M	M	M			41	Promover formação no âmbito da proteção de dados.	EPD; CFDP	S	CFDP: Formação RGPD realizada; EPD: Existem evidências de formações assíncronas e presenciais de ações formativas	
	Concorrência desleal	21	Transferência de Know-how e segredos de empresa (transferência de dados nominativos em registos organizados de utentes/clientes)	F	M	F			42	Avaliação de Impacto na Proteção de Dados (AIPD), investigação, estudos, contratantes e subcontratos.	EPD; SA	S	SA: Os CE contêm cláusulas no âmbito do RGPD, elaboradas pela encarregada de PD do HSMM. Nos contratos publicitados no Base Gov, os dados pessoais têm sido expurgados. EPD: Cláusulas contratuais, insertas em contratos, AIPD com solicitação de revisões, AIPDs e pareceres sobre todos os estudos e investigações que são trazidos de acordo com o circuito estabelecido para pareceres, intervenção e clarificação em sede de comissão de ética, envio para subcontratantes dos instrumentos necessários para cumprimento	
									43	Elaboração de contratos com previsão de medida preventiva em sede de CCP pelo Gabinete Jurídico.	EPD; SA; GJ	S	SA: As minutas dos contratos são elaboradas pelo GJ; GJ: Existe parecer prévio, durante o procedimento, todos os contratos são elaborados sob minuta do GJ	
		Organização do Serviço	22	Organização da função indefinida	F	M	F			44	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	SGD	S	Regulamento interno aprovado

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS		SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)					
PRODUÇÃO E GESTÃO DE DOENTES	23	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	F	M	F	45	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SGD, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SGD	S	Manual de funções aprovado						
						46	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a capacidade instalada, a atividade desenvolvida e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	SGD	S							
						47	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	SGD; CFDP	S	É um dos objetivos do SIADAP						
		24		Falha na interligação entre aplicações	F	F	F	48	Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existam.	SGD	S	Por exemplo, são confrontados dados do SONHO com o SIGLIC e SIMH				
	25		Admissão de doentes com informação insuficiente ou incorreta, impossibilitando a sua faturação					F	M	F	49	Elaboração de normativos e procedimentos de controlo interno para a área de admissão de doentes.	SGD	S	Manual de funções aprovado	
											50	Ligação da atividade de admissão à de cobrança, aferindo se a causa da não cobrança está na deficiente recolha/ atualização dos dados dos utentes.	SGD; SGF; SPAG	S	SGF: O SGF dispõe de aplicativos de apuramento aos episódios não faturados e tem informação da atividade; SGD: Sim. SPAG: O SPAG sempre que deteta atividade suscetível de erros de registo comunica, geralmente através de e-mail, ao responsável do SGD.	
											51	Responsabilidade das operações.	SGD	S	Definidas no manual de funções	
		26	Produção não registada, incorretamente registada (ex. sem a realização do	F	M	F	52		Elaboração de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividade/produção.	SGD	S					

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
PRODUÇÃO E GESTÃO DE DOENTES	Admissão doentes/ Faturação/ alta administrativa	respetivo ato), ou não registada na totalidade				53 Elaboração de procedimentos e medidas que assegurem faturação dos atos médicos solicitados por entidades externas de acordo com a portaria n.º 175/2011, de 28 de abril.	SGD; RAI; SGF	S	RAI: promovida em articulação com SF e atos médicos faturados a entidades solicitantes IML ou Tribunais, de acordo com portaria de faturação ao IML Existe efetivo recebimento, RAI segrega aos atos que faz ao exterior em dossier e controla a efetivação com SGD e posteriormente faturação em articulação com SGF, que emite fatura de acordo com a classificação RAI dada pela portaria, e informa do recebimento. SGF: na medida em que as juntas medicas são comunicadas ao RAI	
		27 Produção não registada em tempo útil	F	M	F	54 Sensibilização dos trabalhadores para procedimentos administrativos de alta.	SGD	S	Feito presencialmente e/ou por email.	
		28 Ausência ou alta administrativa incorreta	F	M	F	55 Elaboração e/ou revisão de procedimentos escritos para a salvaguarda de espólio de utentes.	SGF; Serviços Clínicos; GJ	S	GJ: Existe regulamento de espólio; SGF: Procedimento existente, a atualizar.	GJ: Será promovido melhoramento e pelo GJ em função do resultado de inquérito em curso; SGF: 31/12/2023
		29 Extravio de bens pertencentes aos utentes e à guarda do Hospital				56 Informatizar todo o registo de espólios, permitindo identificar, os espólios ativo, datas de receção e de entrega e todos os intervenientes.	SGF	S	Registo em permanente atualização	
			F	M	F	57 Divulgação formal junto dos profissionais envolvidos dos procedimentos escritos existentes sobre cada tarefa.	SGF; GGQ	S	SGF: Arquivo digital com acesso a todos os profissionais	
	Taxas moderadoras	30 Desvio de verbas de montantes cobrados em taxas moderadoras e não entregues na tesouraria	F	M	F	58 Elaboração de procedimentos escritos com referência à identificação de locais de cobrança; identificação do circuito; e identificação dos intervenientes e das tarefas a desempenhar.	SGD; SGF	S	SGF: Manual Taxas Moderadoras; SGD: Procedimento de cobrança de taxas moderadoras aprovado	

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO						RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
PRODUÇÃO E GESTÃO DE DOENTES		31	Falhas na cobrança de taxas moderadoras: Favorecimento indevido (atribuição de isenção/redução de taxas moderadoras e inexistência de registos de episódios/atos)	F	M	F	59	Divulgação formal, junto dos profissionais envolvidos, dos procedimentos escritos sobre as taxas moderadoras.	SGD	S	SGD: Procedimento de cobrança de taxas moderadoras aprovado			
							60	Segregação de funções entre quem recebe, quem entrega e confere na Tesouraria.	SGD; SGF	S	SGF: Profissionais distintos; SGD: Procedimento de cobrança de taxas moderadoras aprovado			
							61	Rotatividade de pessoal responsável pela entrega e conferência dos valores das taxas moderadoras.	SGD	N				
							62	Monitorização das atribuições de isenção/redução de taxas moderadoras.	SGD	S	Realizada automaticamente pelo SONHO			
							63	Segregação de funções, rotatividade de pessoal em postos de cobrança de taxas moderadoras.	SGD	N				
							64	Formação periódica aos assistentes técnicos relativamente às taxas moderadoras.	SGD; CFDP	S	SGD: Em contexto de trabalho, em tempo real.			
							65	Implementação de normas que garantam maior celeridade e segurança na obtenção da receita proveniente de taxas moderadoras.	SGD	S	Procedimento de cobrança de taxas moderadoras aprovado			
	Prescrição de MCT e Transportes de doentes	33	Recurso excessivo ou injustificado a MCDT	F	M	F	66	Elaboração e/ou revisão de normativos e procedimentos para requisição de exames ao exterior que obriguem ao cumprimento de um conjunto de validações/autorizações.	SGD; Direção Clínica	S	Este circuito é fechado passando a validação dos pedidos pelo Diretor do Serviço requisitante			
							67	Segregação de funções e responsabilidade das operações.	SGD	S	A requisição é médica, a associação da entidade é feita administrativamente com base nas convenções/contratos e a validação dos pedidos é feita pelo DS requisitante			
							68	Estabelecer protocolos de MCDT por especialidades.	SGD	N				

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
PRODUÇÃO E GESTÃO DE DOENTES	34 Existência de conflito de interesses na prescrição de MCDT realizados no exterior e Transporte de Doentes	F	M	F	69 Controlo das requisições de MCDT.	SGD; Direção Clínica	S	SGD: Este circuito é fechado passando a validação dos pedidos pelo Diretor do Serviço requisitante	
					70 Garantir o acompanhamento na execução do contrato de transporte de doentes.	SGD	S	Não existem contratos, foram lançados 2 concursos, mas ambos ficaram desertos.	
					71 Implementação da Aplicação de Gestão Integrada de Transportes (Despacho n.º 7299/2018 de 01/08 e Circular Informativa Conjunta N.º 05/ 2016/ACSS/SPMS)	SGD; SGSI	S	SGSI: SGTD (Responsável é o Gestor); SGSI: Foi adotado o SGTD no final de 2021.	
					72 Elaboração de normativos e procedimentos de controlo interno para a área de transporte de doentes.	SGD	N	São seguidas as normas constantes na legislação relativa ao transporte de doentes não urgentes	
					73 Segregação de funções e responsabilidade das operações.	SGD	S	Os pedidos são realizados por clínicos, validados administrativamente e posteriormente são validados pelos DS requisitante	
					74 Estabelecer que os diretores de serviço deverão proceder à revisão e aprovação dos pedidos de serviços externos.	SGD; Direção Clínica	S	Os pedidos são validados em última instância pelos DS requisitante	
					75 Controlo das requisições de transporte de doentes.	SGD	S	O controlo é feito pelo SGTD e pela conferência de faturas	
	35 Favorecimento na Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia	F	M	F	76 Avaliação/monitorização permanente dos doentes inscritos em Lista de Espera (LIC), das intervenções em tempo normal de trabalho, das disponibilidades de pessoal e bloco operatório.	SGD; ULGA	S	ULGA: Extração das LIC diárias do SIGLIC e após monitorização das mesmas são enviadas quinzenalmente e semanalmente para os diretores de serviço, secretárias de unidade, com a observações ao cumprimento das regras.	
	36 Atribuição/alteração indevida das prioridades cirúrgicas	F	M	F	77 Efetuar avaliação periódica das alterações de prioridade clínica na LIC.	SGD; ULGA	S	ULGA: Avaliação é feita através da extração semanal da LIC	
	Gestão de Inscritos para Cirurgia								

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO							RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
PRODUÇÃO E GESTÃO DE DOENTES	37	Transferência de doentes cirúrgicos para outras instituições de saúde.	F	E	M	78	Verificar mensalmente, via aplicações informáticas, a identificação do médico cirurgião proponente e o do médico cirurgião executante.	SGD; ULGA	N	ULGA: Esta ação deixou de ser realizada pela (ULGA), passou a ser realizada pelo Enº Chefe do Bloco Operatório e pela Direção do Bloco.					
		38	Captação de doentes de outras instituições de saúde sem que se verifiquem as condições determinadas para o efeito	F	F	F	79	Cumprimento das disposições legais.	SGD; ULGA	S	ULGA: São seguidas as normas do SIGIC, a captação de doentes a outras instituições é feita de acordo com a Lista de procedimentos previamente definida pelos diretores de Serviço.				
			39	Incumprimento dos TMRG da LEC e LIC	M	E	E	80	Monitorização do cumprimento dos TMRG.	SGD; ULGA	S	ULGA: Semanalmente é enviada um Lic dos doentes Prioritários e Muito Prioritários/Neoplasias para as secretarias de unidade com as datas de limite para agendar e Operar para evitar o incumprimento dos TMRG.			
	Arquivo Clínico	40	Utilização indevida de informação clínica	F	M	F	81	Estabelecer procedimentos, orientações e regras por forma a definir o circuito e responsabilidades para acesso, transporte e arquivo do processo clínico.	EPD; SGD	N	EPD: Existem normativos genéricos dados em formação, não existem procedimentos escritos com circuito , que tenham sido submetidos ao DPO, existiram recomendações com implementação efetiva em 2019 e recomendações de como agir sempre reforçadas em formação, atualmente o processo digital dirime muitas questões, a forma de armazenamento e o princípio clean desk é essencial, EPD/DPO se SGD estabelecer necessidade de circuito colaborará no procedimento mas o circuito tem de ser estabelecido pelo serviço e só depois escrutinado	EPD: Será feita auditoria, após formação que será dada em primeiro semestre			
							82	Cumprimento da Regulamentação em vigor sobre a Proteção de Dados.	EPD; SGD	S	Se as orientações dadas forem cumpridas está a compliance está aplicada, contudo impõe-se um procedimento escrito que deverá ser elaborado pelo SGD e submetido a recomendação da DPO				

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO						RISCOS IDENTIFICADOS		PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS		SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
		41	Processos mal arquivados e duplicados	F	F	F	83	Definir procedimento a seguir para o preenchimento dos dados no processo clínico e atribuição do número do processo clínico.	SGD	S	Existe procedimento definido pelo SGSI					
		42	Facilidade no acesso ao arquivo clínico	F	F	F	84	Realizar revisões periódicas aos registos clínicos para evitar duplicações.	SGD	N	No entanto, sempre que um AT deteta um possível duplicado informa o serviço Arquivo Clínico para junção das identificações					
							85	Limitação do acesso ao arquivo clínico.	SGD	S	Acesso só é permitido aos trabalhadores do serviço					
SERVIÇO DE APROVISIONAMENTO	Organização do Serviço	43	Organização da função indefinida	F	M	F	86	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	SA	S	Existe regulamento interno do SA					
							87	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SA, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SA	S	Existência de um documento com o conteúdo funcional por colaborador, que é do conhecimento de todos os funcionários.					
		44	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	F	M	F	88	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuadas e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	SA	S	Quando se verifica a escassez de RH, é efetuado um reporte ao CA, no sentido de informar e sinalizar essa escassez e tentar colmatar a mesma.					
							89	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais	SA; CFDP	S	SA: Propor ao CA a frequência em ações de formação de interesse para o serviço, promovendo a formação contínua. CFDP: Formação realizada de suporte à inovação e mudança					
		45	Falha na interligação entre aplicações	F	F	F	90	Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existam.	SA	S	As diferentes aplicações não se interliguem					
	Gestão Existências	46	Existências nos serviços não controladas	M	M	M	91	Implementar armazéns avançados em todos os serviços clínicos e realizar contagens cíclicas das existências ao longo do exercício, com informação ao CA.	SA	S	Implementação de AA em todos os SC, exceto no Serviço de Urgência, por falta de RH					
							92	Restringir o acesso físico aos armazéns.	SA	S	armazéns em local/armário fechado à chave					

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE APROVISIONAMENTO	47 Desvio de existências por trabalhadores ou terceiros	F	M	F	93 Segregar funções e responsabilidades das operações.	SA	S	Conteúdo funcional	
					94 Monitorizar periódica os consumíveis por serviço.	SA; SPAG	N	SA: Mensalmente, e enviada a informação de consumos ao membro do CA responsável pela área, bem como aos serviços, sempre que solicitado. SPAG: Por motivos de alteração de direção de serviço, em 2022 não se realizou monitorização dos consumíveis por serviço. Esta ação começou a ser realizada em 2023.	SPAG: Já implementada. Iniciou-se em janeiro de 2023.
					95 Realizar periodicamente inventários nos armazéns centrais.	SA	S	Cumprimento do procedimento de inventário em vigor	
	48 Movimentos de existências não registados e/ou contabilizados incorretamente	F	M	F	96 Verificar que a informação constante dos movimentos de existências (receção, requisição interna, expedição) é corretamente registada no sistema de gestão de existências (armazém, código de material, quantidade, prazo de validade e valor).	SA	S	Verificação da conformidade da documentação com o registo no SI de Gestão de existências.	
	49 Receção não controlada física e qualitativamente	F	M	F	97 Rececionar apenas os materiais/medicamentos/equipamentos constantes em notas de encomenda, que estejam em bom estado físico e pelas quantidades encomendadas.	SA	S	Devolução ao fornecedor das quantidades não encomendadas e artigos que não estejam em bom estado físico	
	50 Excesso de stock que se poderá tornar inutilizável ou obsoleto	F	M	F	98 Implementar medidas de controlo de prazos de validade.	SA	S	Verificação dos prazos de validade e sensibilizar atempadamente os serviços para o consumo dos artigos cujo PV se aproxima do fim.	
					99 Analisar, anualmente, os produtos com fraca rotatividade (sem movimento há mais de 1 ano) e questionar os possíveis serviços consumidores sobre a utilização esperada desses materiais.	SA	S	Anualmente, procede-se à verificação de materiais sem movimento há mais de um ano, e quando aplicável, questiona-se os possíveis serviços consumidores sobre a utilização esperada desses materiais.	

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)	
SERVIÇO DE APROVISIONAMENTO	51	Deficiente planeamento e avaliação das necessidades de aquisição	M	M	M	100	Formalizar o plano anual de compras (alínea f) do nº 1 do Despacho nº 851-A/2017).	SA; SGF	S	SA: Elaborado o plano anual de compras correntes, com base no histórico. SGF: O SGF elabora o orçamento económico em função da execução atual e de acordo com proposta submetida ao CA	
						101	Definir e monitorizar o indicador “Percentagem de aquisições fora do plano anual de compras”.	SA	N	Por falta de planeamento por parte dos serviços consumidores no que concerne às suas necessidades, esta medida torna-se difícil de implementar.	
	52	Existência de conflito de interesses que ponham em causa a transparência dos procedimentos	F	E	M	102	Elaborar normativos e procedimentos de controlo interno para a área de compras.	SA	S	Criada uma lista de verificação de itens a aplicar em procedimentos pré-contratuais	
						103	Elaborar manual de procedimentos de boas práticas para a área da contratação pública.	SA	S	Existe manual de procedimentos de boas práticas para a área da contratação pública.	
						104	Segregar funções e responsabilidades das operações.	SA	S	Conteúdo funcional	
						105	Obter declaração de interesses privados dos elementos constituintes dos júris e comissões técnicas de análise.	SA	S	Idem ao ponto 16	
	53	Existência de situações de conluio entre concorrentes e de eventual corrupção dos funcionários	F	E	M	106	Não designar os mesmos elementos, de forma reiterada, para os júris dos concursos.	SA; CA	S	SA: Sempre que possível tenta-se designar elementos diferentes para o júri dos concursos. CA: Os elementos dos júris são rotativos, de acordo com as áreas em que os bens serão utilizados	
						107	Implementação de controlo de montantes totais adjudicados em ajustes diretos.	SA	S	Verificação nos termos do art. 113 do CCP.	
	54	Favorecimento ilícito de fornecedores	F	E	M	108	Realizar especial fundamentação aquando do recurso ao ajuste direto, nos termos previstos na alínea c) do nº1 do no artº115 do CCP e garantir que os ajustes diretos ou procedimentos ao abrigo dos Acordos-Quadro sejam tramitados em plataformas eletrónicas de contratação pública.	SA	S	Preferencialmente, e quando possível, os procedimentos são tramitados através da plataforma eletrónica de contratação pública "Vortal".	

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO						RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE APROVISIONAMENTO	55	Inexistência de cabimentação prévia da despesa	F	M	F	109	Promover a centralização de aquisição de bens e serviços e empreitadas.	SA; CA	S	SA: As compras encontram-se centralizadas no SA; CA: adesão às compras centralizadas do SPMS				
						110	Aprovar apenas despesas com informação de cabimentação prévia por parte do SGF.	SA; SGF; CA	S	SA: apenas são aprovadas/autorizadas despesas com a informação de cabimentação/compromisso por parte dos Serviços Financeiros. CA: A aprovação dos autos de abertura de procedimentos de compra é acompanhada da informação de cabimento orçamental. SGF: O SGF informa de acordo com o Orçamento aprovado				
						111	Subscrição da plataforma eletrónica de compras públicas, que garantirá acesso a um alargado número de fornecedores.	SA	S	As compras são efetuadas na sua grande maioria através da plataforma Eletrónica de Contratação Pública, quando tal não sucede são efetuadas consultas de preço a um mínimo de três fornecedores, sempre que adequado.				
	56	Cadernos de encargos pouco claros, incompletos ou discriminatórios	M	M	M	112	Validação pela comissão técnica de análise das cláusulas técnicas e de cadernos de encargos (sempre que existam comissões designadas).	SA	S	O Hospital não tem comissão técnica para este efeito, extrema dificuldade de implementação. As cláusulas técnicas e os cadernos de encargos são validados pelo júri do procedimento e aprovados pelo CA.				
						113	Existência de parecer jurídicos sobre a conformidade legal e administrativa de cada processo de contratação pública.	SA; GJ	S	SA: O GJ emite um parecer sobre a conformidade legal de cada processo; GJ: Existe , SA solicita casuisticamente, está feito sob forma de mapa e cumpre as determinações da tutela sob quais os pontos a verificar				
	57	Inexistência de avaliação do fornecedor (qualidade, prazos de entrega,...)	F	F	F	114	Avaliação periódica dos fornecedores em termos de qualidade, satisfação dos prazos de entrega e quantidades encomendadas.	SA; FARM	N	Solicitar, ao novo fornecedor aplicação de stocks, disponibilização de uma opção para avaliação de fornecedores				

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO						RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE APROVISIONAMENTO	58	Inadequada gestão dos contratos	M	M	M	115	Nomeação de gestor do contrato nos termos do art. 209º-A do CCP em todos os contratos públicos.	SA	S	Para cada contrato é nomeado um gestor do contrato, nos termos do art. 290º_A do CCP				
						116	Assegurar que o gestor do contrato é possuidor de conhecimentos técnicos que o capacitem para o acompanhamento permanente da execução do contrato.	SA; CA	S	SA: para a nomeação do gestor do contrato, são tidas em conta as funções e competências técnicas do profissional, em função do objeto do contrato. CA: O gestor de contrato é selecionado de entre os profissionais da área de aquisição, que se considere mais habilitado para a realização de uma boa gestão do contrato				
						117	O gestor do contrato comunica ao CA os desvios , defeitos ou outras anomalias na execução do contrato de modo a ser possível acionar as devidas penalizações.	SA; Gestor contrato	S	SA: O contrato contempla as competências do gestor do contrato, previstas no artigo 290º_A.				
						118	Assegurar formação para os profissionais envolvidos nos processos de contratação pública.	SA	S	Idem ao ponto 89				
	Empreitada Obras Públicas (EOP)	59	EOP não contemplada no plano de investimentos da Instituição	F	M	F	119	Todos os investimentos devem estar previstos no plano de investimentos da instituição e os mesmos serem autorizados pelo Conselho Administração.	SA; SIET; SGF; CA	s	SA: Todos os investimentos são autorizados pelo CA. CA: Existe um plano de investimento plurianual, devidamente autorizado no âmbito da aprovação do PAO e que é monitorizado mensalmente pela VE, de forma a assegurar o seu cumprimento; SGF: De acordo com autorização do CA; SIET: PLANO DE INVESTIMENTO ANUAL			
		60	Incumprimento da Lei, designadamente, o Despacho do MS N.º 851-A/2017 e código contratos públicos	M	M	M	120	Cumprimento do Despacho n.º 851-A/2017 e todos as outras medidas a implementar relativamente às compras, nomeadamente o cumprimento do instituído no código dos contratos públicos, evitando o recursos sucessivo a ajustes diretos e incumprimento de prazos.	SA	N	Devido a aumento da atividade e de projetos cofinanciados e ao consequente aumento de compras, não foi possível cumprir a 100% esta medida.	31/12/2023		
	Gestão do Imobilizado	61	Inadequada organização da função	F	M	F	121	Definir organização da função: dependência hierárquica, atribuições e responsabilidades as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SA	S	Conteúdo funcional			

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO						RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE APROVISIONAMENTO	62	Bens não inventariados	F	M	F	122	Elaboração de normativos e procedimentos de controlo interno para a área de imobilizado (aquisição, etiquetagem, abate, transferência, amortizações, reavaliações, inventariação), de modo a permitir que os colaboradores conheçam os procedimentos instituídos.	SA; SIET; SGSI	S	SA: existe manual de procedimentos geral, mas carece de atualização. SGSI: SGSI implementou solução GHAF com este modulo em jan23 (Gestor: Dra Rosa/Carla)				
						123	Assegurar que as encomendas são rececionadas pelos serviços com competência para tal, e conferidos em quantidade e qualidade de acordo com os procedimentos estabelecidos.	SA	S	Aquando da receção do material o SA procede à conferência quantitativa, posteriormente, o serviço com competências para o efeito valida a conferência quantitativa e procede à conferência qualitativa.				
						124	Assegurar que todos os bens rececionados são registados no sistema de informação de imobilizado e a respetiva ficha de "cadastro" é corretamente preenchida e mantida atualizada.	SA	S					
						125	Realização de testes de conformidade quanto ao cumprimento dos procedimentos internos estabelecidos.	SA	N	Por insuficiência de RH não foram efetuados testes de conformidade				
	63	Ativos desviados por trabalhadores ou terceiros	M	M	M	126	Reforço das medidas de controlo interno dos bens de imobilizado.	SA	N	Por insuficiência de RH não foram efetuados testes de conformidade				
						127	Responsabilização dos serviços pelos equipamentos que têm à sua guarda.	SA	N	Por insuficiência de RH não foram efetuados testes de conformidade				
						128	Verificação física, de 2 em 2 anos, do inventário global.	SA	N	Por insuficiência de RH não foram efetuados testes de conformidade				
	64	Doações à Instituição sem processo final de aceitação e não inventariação	F	M	F	129	Aprovação pelo CA das doações/ofertas.	SA	S	Todas as ofertas são aprovadas pelo CA				
						130	Elaboração e implementação de procedimento interno para aceitação de doações/ofertas.	SA	N	Por insuficiência de RH não foram efetuados testes de conformidade				
	65	Abates não aprovados; Abates não registados ou registados por valores errados.	F	E	M	131	Os abates devem ser solicitados pelo responsável da respetiva área, de acordo com o manual de procedimentos, e aprovados pelo CA.	SA	S	Manual de procedimentos				
						132	Verificar que a informação constante dos documentos de abate foi corretamente registada no cadastro de imobilizado e na contabilidade.	SA; SGF	S	SA: O SA envia o processo de abate aos SF; SGF: Registo pela Gestão do Património e Contabilidade, conforme aprovação do CA.				

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO							RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
		66	Transferências de local não registradas oportunamente	F	F	F	133	Solicitar, anualmente, confirmação de bens à carga de cada serviço e verificar diferenças reportadas.	SA	N	Medida não implementada insuficiência de RH				
		67	Inadequada gestão de seguros	M	M	M	134	Gerir a carteira de seguros do HSMM no que respeita à adequada cobertura de riscos.	SA	S	Contrato de seguro de multirriscos				
		68	Amortizações não registradas e contabilizadas oportunamente	F	M	F	135	Calcular e contabilizar mensalmente as amortizações de bens de imobilizado.	SA; SGF	S	SA: mensalmente, é efetuado o cálculo das amortizações e enviado o ficheiro para a contabilidade através de e-mail. SGF: Processados pela Gestão do Património na Contabilidade e Registo no SICCC				
	Fundo de Maneio	69	47. Desvio de fundos	F	E	M	136	Fundos de maneo em sistemas de fundo fixo e contagens periódicas de caixa.	SA; SGF	S	SA: Mensalmente, o Responsável pelo FM (SA) entrega até ao último dia útil do mês os documentos de despesa nos SF, para efeitos de contabilização dos mesmos e recebimento de montante igual ao da despesa apresentada. SGF: Entre as funções Tesouraria e Cobrança				
								Existência de Manual de procedimentos.	SA; SGF	S	SA: Existe manual de procedimentos; SGF: Manual de Fundo de Maneio				
	SERVIÇOS FARMACÊUTICOS	Organização do Serviço	70	Organização da função indefinida	F	M	F	137	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	SFARM	s	Temos um regulamento interno que está desatualizado	dez/23		
138								Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SFARM, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SFARM	S	Conforme a legislação aplicável, as funções está bem definidas.	dez/23			
71			Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	F	M	F	139	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta a capacidade instalada, a atividade desenvolvida e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	SFARM	S					
							140	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	SFARM; CFDP	S	CFDP: Realizada formação específica para chefias; SFARM: ações de formação frequentadas pelos recursos humanos do serviço farmacêutico				

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO							RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS		SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇOS FARMACÊUTICOS	Gestão Existências	72	Existências nos serviços não controlados	M	M	M	141	Implementar armazéns avançados em todos os serviços clínicos e realizar contagens cíclicas das existências ao longo do exercício, com informação ao CA.	SFARM	S	Relatório das contagens periódicas (proc 2089 e 274)					
							142	Restringir o acesso físico aos armazéns.	SFARM	S	portas fechadas					
		73	Desvio de existências por trabalhadores ou terceiros	F	M	F	143	Segregar funções e responsabilidades das operações.	SFARM	S	Receção e conferência das encomendas cruzadas.					
							144	Monitorizar periódica os consumíveis por serviço.	SPAG; SFARM	N	SPAG: Idem medida 94.	SPAG: já implementada. Iniciou-se em janeiro de 2023.				
							145	Realizar periodicamente inventários nos armazéns centrais.	SFARM	S	Relatório do inventário do final de ano					
		74	Movimentos de existências não registados e/ou contabilizados incorretamente	F	M	F	146	Verificar que a informação constante dos movimentos de existências (receção, requisição interna, expedição) é corretamente registada no sistema de gestão de existências (armazém, código de material, quantidade, prazo de validade e valor).	SFARM	S	Conferência cruzada de vários processos na farmácia					
		75	Receção não controlada física e qualitativamente	F	M	F	147	Rececionar apenas os medicamentos/produtos farmacêuticos constantes em notas de encomenda, que estejam em bom estado físico e pelas quantidades encomendadas.	SFARM	S	Receção de encomendas					
							148	Existência de procedimento de receção de encomendas.	SFARM	S						
		76	Excesso de stock que se poderá tornar inutilizável ou obsoleto	F	M	F	149	Implementar medidas de controlo de prazos de validade.	SFARM	S	procedimento 274					
							150	Analisar, anualmente, os produtos com fraca rotatividade (sem movimento há mais de 1 ano) e questionar os possíveis serviços consumidores sobre a utilização esperada desses produtos.	SFARM	S	listagens de consumos anuais					
							151	Atualização semestralmente do ponto de encomenda.	SFARM	S						

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO							RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS		SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
		77	Conservação inadequada dos medicamentos/produtos farmacêuticos resultantes de alterações da temperatura e/ou humidade	F	M	F	152	Monitorização contínua da temperatura e humidade em todas as salas/frigoríficos de armazenamento de medicamentos/produtos farmacêuticos.	SFARM	S						
						153	Estabelecer/definir procedimento de controlo e registo de temperatura e humidade.	SFARM	S							
		78	Prazo de entrega dos produtos farmacêuticos - avaliação dos fornecedores	M	M	M	154	Verificar e registar as não conformidades na entrega dos fornecedores.	SFARM	S						
			79	Armazenamento pouco eficiente, local errado	M	M	M	155	Identificação dos produtos farmacêuticos com código de barras, por local de armazenamento, denominação comum internacional, ordem alfabética e FEFO .	SFARM	S					
		80	Falta de registo de ocorrências relacionadas com o circuito seguro do medicamento, em todo o processo, desde a aquisição até à administração	E	M	E	156	Notificar todos os incidentes verificados/relacionados com o medicamento à farmácia e através da plataforma "Notifica".	SFARM	S						
GABINETE JURÍDICO	Organização do Serviço	81	Organização da função indefinida	F	M	F	157	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	GJ	S	Encontra-se no Portal Interno					
							158	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no GJ, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	GJ	S	O GJ funciona nos termos da lei com isenção e imparcialidade					
		82	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	F	M	F	159	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuadas e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	GJ	S	Existe saldo horário contemplado					

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
GABINETE JURÍDICO					160 Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	GJ; CFDP	S	CFDP: Realizada formação específica para destinatários alvos: dinamizadores da CCI; gestão de risco; GJ: São dadas as orientações nesse sentido, e indicadas as plataformas onde frequentar as ações, e levantadas sempre perante o SFDP as áreas onde se regista necessidade de formação; GJ: São dadas as orientações nesse sentido, e indicadas as plataformas onde frequentar as ações, e levantadas sempre perante o SFDP as áreas onde se regista necessidade de formação	
	Assessoria jurídica e elaboração de estudos, pareceres e informações	F	M	F	161 Acesso a pesquisa de informação científica atualizada.	GJ; CA	S	CA: Legislação é de acesso público; GJ: o GJ tem coletâneas e consulta diariamente publicações que subscreve publicações e faz leituras periódicas de regulamentos e normas necessárias para a sua atividade, faz formação nas áreas em que intervém e áreas limítrofes	
					162 Estrutura hierarquizada de decisão com a consequente análise das matérias em diferentes níveis.	GJ	S	O gabinete jurídico baliza as informações com os grupos de trabalho em que se insere institucionalmente, e submete a apreciação, e interage com os diferentes serviços buscando informação e matérias e know-how específico, existe uma outra jurista na entidade e um mandatário externo para articulação, o CA articula igualmente análise submetendo-a ao níveis diferentes de análise	
					163 Monitorização atenta e periódica das alterações regulamentares.	GJ	S	O GJ tem coletâneas e consulta diariamente publicações que subscreve publicações e faz leituras periódicas de regulamentos e normas necessárias para a sua atividade, faz formação nas áreas em que intervém e áreas limítrofes	

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
GABINETE JURÍDICO	84 Pareceres não realizados em tempo oportuno.	F	M	F	164 Criar mecanismos de controlo para que as entidades internas que necessitem de pareceres comuniquem esta necessidade de forma escrita e atempada(momento anterior à tomada de decisão, obedecendo a prazo bastante para a sua elaboração).	GJ	S	Quando um serviço necessita de um parecer, solicita-o e indica quando necessita do mesmo, é respondido atempadamente dentro do prazo	
	85 Incumprimento dos prazos judiciais, designadamente de apresentação de Contestação, alegações e/ou contra alegações, em defesa dos interesses do HSMM	F	E	M	165 Criar mecanismos/procedimentos de articulação atempada entre o Gabinete Jurídico e entrega de notificações via SECA e outros serviços (controlo interno).	GJ	S	O GJ tem monitorização de solicitações, e salvo algum <i>crash</i> informático, impedimento por urgência maior de priorização.	
					166 Maior acompanhamento dos processos mais complexos ou que envolvam montantes mais elevados.	GJ	S	Sempre que solicitado e lhe sejam levados a conhecimento, auxilia SGRH, e emite pareceres em articulação de serviço, bem como auxilia e dá pareceres a júris, minutando relatórios e respostas, bem como responde a impugnações etc., e gestores de contrato, bem como de ações judiciais ainda que são alçada exterior, respondendo e minutando e prazo, todas as solicitações	
	86 Não cumprimento da legislação em vigor relativa área da contratação pública	M	M	M	167 Cumprimento do Despacho n.º 851-A/2017, nomeadamente, elaboração de pareceres sobre a conformidade legal e administrativa sobre cada processo de contratação pública.	GJ; SA; SGF	S	SA: Idem ao ponto 113; GJ: Respondido anteriormente existe um parecer prévio casuístico para cada parecer sob forma de mapa III; SGF: Parecer de cabimento dado para cada procedimento, conforme modelo do SA	
	87 Contratos pouco claros e/ou não conformes com o procedimento que espelha a necessidade	F	E	M	168 Colaboração na elaboração de minuta contratos, em fase anterior à adjudicação, e em momento posterior à adjudicação verificação de adequação e preenchimento de elementos respeitantes à adjudicação concreta.	GJ; SA	S	SA: Idem aos pontos 43 e 113; GJ: O GJ elabora todas as minutas para os SA, e que lhe sejam solicitadas em prazo e atempadamente, medindo as prioridades	
	88 Dificuldades na celeridade para notificação de prazos de garantias das empreitadas e equipamentos e na execução de penalidades	M	F	F	169 O Gestor de Contrato supervisiona a execução do contrato e articula com serviço de aprovisionamento e com o CA sempre que verifica ou recebe uma comunicação de incumprimento por parte do serviço de origem. O CA poderá solicitar a intervenção do Gabinete Jurídico para tomada de decisão.	GJ; Gestor Contrato; SA	S	GJ: É Feito, em caso de incumprimento o GJ quando solicitado elabora e colabora em resposta e notificação e seguimento do incumprimento e suas sanções	

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO						RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
GABINETE JURÍDICO			nos contratos de prestação de serviços e empreitadas						170	Validação da minuta contratual onde se prevê a cláusula sancionatória.	GJ; SA; SIET	S	SA: Idem ao ponto 113; GJ: O contrato elaborado pelo GJ contém sempre uma outras clausulas sobre incumprimento, sanção e penalizações, para além das sanções gerais emergentes da lei CC e CPP sobre cumprimento de obrigações contratuais	
	89	Créditos emergentes da responsabilidade de terceiros, faturados, por cobrar			M	M	M		171	Criar mecanismos/procedimentos, em parceria com o Serviço de Gestão Financeira, de modo a atuar na verificação de existência de pressupostos de viabilidade de cobrança, e emissão de respetiva fatura com prazo bastante para a não prescrição do crédito ou propor incobrabilidade	GJ; SGF	S	GJ: existe um circuito implementado de apuramento de responsabilidade terceira, aliás este circuito, tem sofrido evoluções sempre articuladas com as direções de serviço de forma a manter-se atual. Perante inclusivamente o SNS sem papel etc. A cada momento é possível saber o estágio de um apuramento que tenha sido remetido para o gabinete jurídico; SGF: Existe comunicação periódica de faturas não cobradas e mesmo de simulações de faturas e pré faturas	
SERVIÇO DE GESTÃO FINANCEIRA	Organização do Serviço	90	Organização da função indefinida	F		M	F		172	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	SGF	S	O existente é muito antigo. Foi objetivo SIADAP em 2022. Existe, apenas, em draft.	31/12/2023
									173	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SGF, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SGF	S	Plano de atividades do Serviço	
		91	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado						174	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuadas e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	SGF	S	Constata-se diariamente, mas sem poder de contratação e/ou contratação adequada	
									175	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais	SGF; CFDP	S	CFDP: realizada formação específica para melhoria da qualificação dos profissionais AO; SGF: nos últimos anos, os profissionais têm assistido a formações online, mas algumas sem atribuição de certificados. Internamente, sempre que disponível e possível	

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO							RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE GESTÃO FINANCEIRA		92	Inexistência de procedimentos ou regras escritas	M	F	F	176	Promover a existência de procedimentos ou regras escritas aprovadas, incluindo a tesouraria, e validar o seu cumprimento por todos os trabalhadores da área. Os documentos devem, designadamente, definir circuitos documentais e assegurar a efetiva segregação de funções entre registos, recebimentos, pagamentos e controlo.	SGF	S	Os manuais da ACSS definem todos os circuitos de todas as funções no SGF, a atualizar logo que possível. Neste momento estão em draft	31/12/2023			
		93	Falha na interligação entre aplicações	F	F	F	177	Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existam.	SGF	S	Tarefa permanente e sempre que haja integração de informação				
	Gestão de Contas a Pagar	94	Alteração indevida de dados relevantes dos fornecedores (ex. NIB)	M	F	F	178	Segregação de funções e responsabilidades das operações.	SGF	S	Sim, conforme tarefas atribuídas, funções apuramento da responsabilidade financeira, contas a receber, contas a pagar, gestão de AFT, gestão documental, tesouraria, cobrança e controlo e reporte de informação.				
		95	Despesa não cabimentada	F	F	F	179	Validar a existência prévia de cabimentação da despesa.	SGF	S	Informaticamente por ligação externa dos ficheiros de cabimento				
		96	Ausência de circularização periódica de fornecedores	F	F	F	180	Realizar circularizações periódicas dos saldos de fornecedores e proceder à reconciliação dos mesmos com a conta corrente e ajustamento das diferenças existentes, após aprovação das mesmas.	SGF	S	Permanente, com reforço no fecho do exercício.				
		97	Não cumprimento da política de pagamentos definida (pagamento preferencial (mais célere) a alguns fornecedores)	M	M	M	181	Elaboração e implementação de procedimento/regra/política para pagamento a fornecedores.	SGF	S	Por antiguidade				
							182	Plano de pagamento mensal, devidamente autorizado, salvaguardando tratamento igual para as várias categorias de fornecedores.	SGF	S	com autorização pelo CA				
							183	Reporte à gestão, sempre que se preveja incumprimento dos prazos de pagamento previamente contratualizados, para que sejam tomadas as medidas necessárias à redução destes prazos, de modo a cumprir a lei dos compromissos e pagamentos em atraso (LCPA).	SGF	S	Mensalmente				

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO						RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE GESTÃO FINANCEIRA	Gestão de Contas a Receber	98	Pagamento a fornecedores sem a situação tributária regularizada (ie, dívidas à AT e/ou Segurança Social)	F	F	F	184	Verificar a regularização situação fiscal e contributiva dos fornecedores, antes de realizar pagamento, ou existência no processo do cumprimento deste procedimento obrigatório.	SGF	S	Sempre, com registo da validade no SICC			
		99	Pagamentos autorizados por pessoas sem competência para o efeito	F	M	F	185	Garantir que existem responsáveis definidos para a autorização de despesas e qual o montante a autorizar, e que a segregação entre as operações é devidamente acautelada e que existem regras que previnam a existência de pagamentos não autorizados por entidade responsável.	SGF	S	A despesa é autorizada pelo CA, efetuada pelo SA, registada e paga pelo SGF			
		100	Processos de pagamentos não devidamente organizados, não contendo todos os documentos necessários ou os mesmos não estarem devidamente conferidos/validados	F	M	F	186	O processo para pagamento a fornecedores deverá estar devidamente organizado e todas as faturas e notas de crédito deverão ser previamente conferidas/validadas.	SGF	S	A conferência é efetuada pela Gestão Documental no SGF. O registo é efetuado no SICC pela Gestão de contas a pagar.			
		101	Débito de juros de mora por atraso nos pagamentos	M	F	F	187	Averiguar, quando há lugar ao pagamento de juros de mora, as causas do atraso nos pagamentos e se foram tomadas todas as medidas necessárias para prevenir esse custo.	SGF	S	Sempre, de acordo com decisão do CA			
							188	Verificar se os registos contabilísticos de juros, são efetuados em conta adequada e se é feita a sua especialização.	SGF	S	De acordo com SNC-AP			
		102	Atos clínicos não faturados, faturados incorretamente (informação insuficiente ou incorreta sobre o utente ou cliente) ou não faturados oportunamente	F	F	F	189	Verificar mensalmente que todos os atos clínicos registados no período foram faturados.	SGF; SPAG	N	SGF: por aplicações informáticas disponibilizadas à função Apuramento da Responsabilidade Financeira. SPAG: por motivos de alteração de direção de serviço, em 2022 não foi realizada verificação da produção vs. faturação. Pretende-se no decorrer do ano de 2023, em conjunto com o SGF, estabelecer procedimento de verificação.	SPAG: 31/12/2023		
	190	Verificar que todos os atos clínicos foram corretamente faturados em termos de GDH.	SGF; SPAG	N	SGF: Confronto permanente entre a atividade registada e a atividade faturada. SPAG: Idem medida 189.	SPAG: 31/12/2023								

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO							RISCOS IDENTIFICADOS		PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS		SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE GESTÃO FINANCEIRA	103	Emissão de faturação fora de prazo	F	F	F	191	Proceder à faturação nos prazos estabelecidos legalmente.	SGF	S	O máximo possível							
	104	Cobranças não registadas nas contas dos respetivos clientes e contabilizadas oportunamente	F	F	F	192	Proceder à verificação que a informação constante das cobranças foi corretamente registada (código de cliente e valor).	SGF	S	Sim pelo FHS e pelas respetivas Entidades							
	105	Saldos de clientes incorretos	F	F	F	193	Proceder ao envio regular de extratos aos clientes com saldos mais significativos solicitando reparo aos mesmos e à análise e ajustamento das diferenças existentes, após aprovação das mesmas.	SGF	S	Sim com negociação de encontro de contas							
	106	Créditos/Faturas por cobrar cujo prazo de cobrança tenha prescrito ou caducado	M	M	M	194	Entregar listagem documental das faturas por cobrar ao Gabinete Jurídico, atempadamente, permitindo averiguação de cobrança de modo a atuar-se judicialmente antes da sua prescrição ou caducidade de forma a permitir reversão e promoção de incobrabilidade.	SGF; GJ	S	GJ: São entregue pela faturação em mapa enviado por email; SGF: Sempre que a cobrança tenha viabilidade							
	107	Imparidades/provisões não registadas	M	M	M	195	Definir e implementar critérios de identificação e cálculo de imparidades na ótica económica e não na ótica fiscal.	SGF	S	Sim, apenas o incobrável, conforme antiguidade da dívida.							
	108	Anulações de créditos não devidamente fundamentadas e autorizadas	F	F	F	196	Proceder à elaboração de procedimento para anulações de créditos, incluindo registos a efetuar, controlo de recibos, respetivas justificações e autorizações por pessoa competente.	SGF	S	Mediante propostas colocadas ao CA, com a respetiva autorização.							
	109	Inexistência de segregação de funções entre faturação, contas de clientes e recebimentos	F	F	F	197	Segregação de funções e responsabilidades das operações.	SGF	S	De acordo com as funções atribuídas ao Serviço e por colaboradores distintos							
Gestão de Tesouraria	110	Não elaboração de planos ou orçamentos de tesouraria anuais devidamente aprovados	M	F	F	198	Elaboração de planos de tesouraria, de modo a controlar a gestão de tesouraria e saber sempre que necessário, o ponto de situação em termos de pagamentos e recebimentos.	SGF	S	Mensalmente							

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE GESTÃO FINANCEIRA	111 Informação sobre recebimentos, pagamentos e saldos de tesouraria não identificados	M	M	M	199 Apurar se toda a documentação produzida identifica devidamente os seus intervenientes, se os processos de pagamentos, liquidação e cobrança de receitas se encontram organizados e os registos e conferências de saldos de tesouraria estão suportados em adequada documentação, se a execução destas tarefas respeita o princípio da segregação de funções e se dos processos constam as autorizações por pessoa com competência para o efeito.	SGF	S	Elaboração pela função Tesouraria e validação pela função Cobrança	
	112 Reconciliação entre valores cobrados ou pagos, constantes das folhas de caixa, e respetivo suporte documental ser efetuada por pessoa que tem também funções de caixa	M	M	M	200 Designar pessoa responsável pela conferência, controlo das operações de cobrança ou pagamentos, com os registos nas respetivas folhas de caixa ou documentação de suporte. A reconciliação bancária deve ser efetuada por um trabalhador que não exerça funções de caixa.	SGF	S	Conferência efetuada pela Cobrança. Reconciliação bancária elaborada por um terceiro.	
	113 Trabalhadores que registam contas de clientes terem acesso à tesouraria (e a valores recebidos)	F	F	F	201 Assegurar a efetiva segregação de funções e regulamentar o acesso dos trabalhadores à tesouraria, de modo a clarificar diferenças que devem existir entre as funções relativas ao setor responsável pelos clientes e o setor da tesouraria.	SGF	S	Função tesouraria efetuada apenas pela Tesoureira ou substituto.	
	114 Inexistência de regras relativas à substituição do tesoureiro	M	M	M	202 Existência de um regulamento de tesouraria onde constem as regras relativas à substituição do tesoureiro (nas ausências).	SGF	S	Substituto de acordo com disponibilidade no serviço no momento da ausência	
	115 Acesso indevido a cofre de valores	F	F	F	203 Promover a existência de regras que contemplem o acesso ao cofre, a atribuição de obrigações e os procedimentos a observar, por forma a garantir a segurança dos valores e as responsabilidades em caso de extravio de valores.	SGF	S	Função tesouraria efetuada apenas pela Tesoureira ou substituto. Divisão independente com acesso individual	
	116 Sistema de suporte à gestão de tesouraria inexistente ou desadequado	F	F	F	204 Proceder à implementação de aplicação informática de gestão de tesouraria, a qual deverá permitir efetuar e registar os movimentos e gerir as disponibilidades.	SGF	N	Sem aplicação específica. Registo e arquivo digital com apoio das restantes aplicações informáticas existentes	
	117 Desvio de fundos	F	M	F	205 Fundos de maneo em sistemas de fundo fixo e contagens periódicas de caixa.	SGF	S	De acordo com Manual de FM	

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)	
SERVIÇO DE GESTÃO FINANCEIRA						206	Caso se detetem desvios de fundos, as ocorrências deverão ser reportadas superiormente a fim de serem abertos procedimentos de averiguações e tomadas medidas consideradas necessárias para a boa organização e funcionamento dos serviços.	SGF	S	Sem registo de situações. Indicação a ter em conta em caso de ocorrência	
						207	Controlo dos registos correspondentes a pagamentos e recebimentos, no que se refere a anulações e sua justificação, por trabalhador não afeto a manuseamento de valores.	SGF	S	Qualquer movimento bancário obriga a autorização superior	
						208	Verificar se todas as despesas efetuadas por fundo de maneo estão devidamente justificadas e documentadas.	SGF; SA	S	SA: É verificada a conformidade da despesa com o procedimento; SGF: No momento da reposição do FM	
	118	Despesas efetuadas por fundo de maneo não especificadas e procedimentos de conferência e autorização não adequados	F	M	F	209	Conferência dos documentos das despesas efetuadas através do fundo de maneo, nomeadamente: a) justificação das despesas e se as mesmas reúnem os requisitos (se são urgentes, de pequeno montante, dentro dos limites do fundo e rubrica orçamental); b) se os documentos pagos têm aposto o carimbo/menção de "pago", assinatura e data; c) validação da folha de maneo pelo superior hierárquico do serviço; d) verificar se a reconstituição do fundo de maneo é efetuada periodicamente e obedece aos requisitos legais.	SGF; SA	S	SA: É verificada a conformidade da despesa com o procedimento.; SGF: Regras definidas no Manual de FM e verificadas	
	119	Desvio de verbas de montantes cobrados em taxas moderadoras e não entregues na tesouraria	F	M	F	210	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.	SGF; SGD	S	SGF: De acordo com Manual de Taxas Moderadoras; SGD: Procedimento de cobrança de taxas moderadoras aprovado	
						211	Implementação de normas que garantam maior celeridade na cobrança coerciva de taxas moderadoras.	SGF; SGD	N	SGF: Tarefa do SGD e SGSI; SGD: Procedimento de cobrança de taxas moderadoras aprovado; SITAM	

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO						RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE GESTÃO FINANCEIRA	120	Falhas de caixa ou perdas de cheques	F	M	F	212	Averiguar a eficácia dos mecanismos de controlo implementados que minimizem ou impeçam falhas de valores em caixa ou extravio de cheques.	SGF	S	Validação pelas funções Cobrança e Reconciliação Bancária. Cheques recebidos pelo Secretariado e registados				
						213	Verificar se os registos contabilísticos são efetuados em contas adequadas e atempadamente.	SGF	S	Luta permanente do SGF				
	121	Movimentos realizados por recurso a contas abertas na banca comercial/disponibilidades fora do IGCP	F	F	F	214	Verificar movimentos efetuados através de contas fora do IGCP, apurar as justificações, validar a existência de autorização da Tutela Financeira/DGTF/IGCP para situações de exceção.	SGF	na	Inexistência de contas bancárias fora do ICGP				
						215	Validar se para contas inativas na banca comercial foi proposto o seu encerramento.	SGF	na	Inexistente				
	122	Cobranças não depositadas integralmente e diariamente	F	M	F	216	Verificar os procedimentos de controlo existentes, incluindo cruzamento de informação e verificação documental, permitindo aferir se todas as cobranças realizadas são depositadas, realização de conciliações bancárias.	SGF	S	Validação pelas funções Cobrança e Reconciliação Bancária. Cheques recebidos pelo Secretariado e registados				
						217	Verificar se são depositadas diariamente ou justificações para que isso não aconteça.	SGF	S	Depósitos diários				
	Gestão Imobilizado	123	Aquisições, abates e/ou venda de imobilizado não registadas ou registadas por valores errados	F	M	F	218	Conciliar mensalmente o total de imobilizado registado no sistema de informação de imobilizado, com os saldos das respetivas contas da contabilidade registados no SICC, analisar e ajustar diferenças (verificar registos de aquisição e abates do imobilizado).	SGF; SA	S	SA: mensalmente, o SA envia a lista de bens inventariados aos SF para validação. SGF: Funções no SGF efetuadas por colaboradores distintos no fecho de cada mês	Em junho/2022, a aplicação de imobilizado existente no SA foi descontinuada e a nova aplicação adquirida foi alocada aos SF, sendo este serviço o responsável pela gestão do imobilizado, com efeitos a 01/06/2022.		
		124	Amortizações não registadas e contabilizadas oportunamente	M	F	F	219	Calcular e registar mensalmente as amortizações de bens de imobilizado.	SGF; SA	S	SA: Idem ao ponto 135; SGF: Funções no SGF efetuadas por colaboradores distintos no fecho de cada mês			

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO							RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS		SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
		125	Empreitada de obras públicas não controladas	M	M	M	220	Controlar o progresso físico e financeiro das obras.	SGF; SA; SIET	S	SA: O SA confere a conformidade da faturação com o valor do contrato, SGF: SGF, apenas financeiro; SIET: Autos de medição					
SERVIÇO DE INSTALAÇÕES, EQUIPAMENTOS E TRANSPORTES	Organização do Serviço	126	Organização da função indefinida	F	M	F	221	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	SIET	N	em elaboração					
							222	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SIET, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SIET	N	em elaboração					
		127	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	F	M	F	223	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuadas e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	SIET	S	Aplicação GHAF					
							224	Avaliar a necessidade de reforçar ou capacitar a equipa de profissionais do SIET, mediante uma avaliação custo-benefício.	SIET	S	Aplicação GHAF. Comunicação interna ao SA					
							225	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais	SIET	S	Em articulação com o Centro de Formação de Desenvolvimento Profissional do HSMM.					
		128	Falha na interligação entre aplicações	F	F	F	226	Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existam.	SIET	S	Aplicação GHAF; Mapa de Controlo dos Contratos Manutenção					
		Manutenção das Instalações e Equipamentos	129	Não existir planos de manutenção das instalações, aprovados, que garantam as condições adequadas para o normal funcionamento das atividades dos serviços	M	M	M	227	Elaborar procedimentos, atribuir funções e responsabilidades para o controlo das instalações.	SIET	S	Em vários procedimentos e comunicações Internas Implementadas.				
								228	Elaborar e executar planos de manutenção das instalações.	SIET	S	Mapa de Controlo dos Contratos Manutenção				
	229							Elaborar informação periódica sobre o estado das instalações e apresentar planos de intervenção.	SIET	S	PLANO DE INVESTIMENTO ANUAL					
	130		Inexistência de procedimentos que garantam uma adequada gestão dos equipamentos (acompanhamento do seu estado funcional e de	M	M	M	230	Elaborar procedimentos, atribuir funções e responsabilidades para o controlo dos equipamentos.	SIET	S	Procedimentos e comunicações internas do SIET					
							231	Elaborar planos de manutenção e calibrações por equipamento, por serviço e por fornecedor.	SIET	S	Mapa de Controlo dos Contratos Manutenção					

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO						RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE INSTALAÇÕES, EQUIPAMENTOS E TRANSPORTES		segurança, na gestão das ocorrências e na formação e informação associadas à sua utilização correta e segura)				232				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.	SIET	S	MAPA Control Req. ; Mapa de Controlo dos Contratos Manutenção	
						233				Garantir aos utilizadores informação relevante sobre os equipamentos, como manuais do operador, certificados, especificações técnicas, etc.	SIET	S	Cadernos de Encargos	
						234				Exigir aos fornecedores os requisitos necessários para assegurar a eficiência e segurança do equipamento (vida útil, informação dos profissionais, serviços técnicos e de manutenção).	SIET	S	Cadernos de Encargos	
	131	Inexistência de instalações técnicas especiais adequadas à complexidade das atividades realizadas (sistema de aquecimento, ventilação e ar condicionado - AVAC, instalações elétricas, ...)	M	M	M	235				Definir e aplicar procedimentos necessários para garantir que a instituição dispõe de condições adequadas à realização da sua atividade, em condições de segurança, dotando- se para o efeito de documentação técnico-legal justificativa, avaliações, autorizações ou pareceres por entidades competentes.	SIET	S	MAPA Control Req. ; Mapa de Controlo dos Contratos Manutenção; Deverá ser incluído o SSST	
	132	Inexistência de controlo do consumo de eletricidade, água e fluídos.	F	M	F	236				Verificar, mensalmente, os consumos de eletricidade, da água e dos fluídos, para prevenir exaustos que possam ocorrer devido a fugas.	SIET	S	Folha de Registo diário; Portal do PEBC e Eco.AP do Ministério da Saúde (trimestral)	
	133	Quebra de segurança elétrica e física	M	M	M	237				Existência de 2 geradores de emergência.	SIET	N	Só existe um Gerador	
						238				Revisão do Plano de Emergência e Catástrofe.	SSST	N		1º Semestre de 2023
						239				Assegurar apoio técnico.	SIET	S	2 técnicos em regime de chamada 24h/dia. Mapa de Controlo dos Contratos Manutenção. Aplicação GHAF	
	134	Ausência do cumprimento dos contratos de assistência técnica.	M	M	M	240				Controlo interno através do qual se criem mecanismos de verificação/ execução.	SIET	S	Mapa de Controlo dos Contratos Manutenção. Aplicação GHAF e arquivo de folhas de obra/intervenção.	
						241				Elaborar mapa mensal de registos das visitas efetuadas pelas empresas.	SIET	S	Mapa de Controlo dos Contratos Manutenção e arquivo de folhas de obra/intervenção.	

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO							RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)	
SERVIÇO DE INSTALAÇÕES, EQUIPAMENTOS E TRANSPORTES						242	Implementar mecanismos de controlo que garantam o cumprimento dos limites para a subcontratação de trabalhos a terceiros					SIET	S	aplicação GHAF		
		135	Inexistência de controlo sobre a quantidade de material utilizado em obras internas	F	M	F	243	Controlo interno através de ficheiro de registo de requisições ao armazém.					SIET	S	aplicação GHAF	
						244	Listagem atualizada de material em Stock acondicionado nas Oficinas.					SIET	S	O SA envia ao SIET para análise semestral		
	Empreitada Obras Públicas	136	Obras desnecessárias ou de baixa qualidade ou investimentos sem viabilidade económica	F	M	F	245	Elaborar procedimento específicos para o controlo da execução das Empreitadas de Obras Públicas.				SIET; SA	S	SA: O SA não tem competência técnica em matéria de empreitadas e obras; SIET: Cadernos de Encargos		
							246	Elaborar memória descritiva com identificação dos objetivos, análise custo-benefício				SIET; SA	S	SA: O SA não tem competência técnica em matéria de empreitadas e obras; SIET: Cadernos de Encargos		
		137	Falhas na fiscalização, nomeadamente: na medição, ou no reporte de erros e omissões aquando do desenvolvimento da obra e/ou execução deficiente na obra, p.ex. prazo, materiais aplicados, atividades executadas	M	M	M	247	Fiscalização concomitante de todos os contratos adicionais elaborados no âmbito de um contrato de empreitadas				SIET	N	(Não se verificaram em 2022)		
							248	Garantir medidas de controlo que evitem divergências entre autos de medição e a execução real de empreitadas.				SIET	N	(Não se verificaram em 2022)		
							249	Elaboração de documentos (atas, relatórios) de acompanhamento das empreitadas de obras públicas.				SIET	N	(Não se verificaram em 2022)		
		138	Execução de trabalhos a mais	F	M	F	250	Validação pelo Gabinete Jurídico da adequação da minuta contratual.				SIET; SA; GJ	S	SA: Idem ao ponto 43; GJ: GJ que elabora a minuta pela que está validade de base		
							251	Necessidade de fundamentar todos os trabalhos adicionais e o correto enquadramento dos trabalhos a mais, quando estejam em causa melhorias e alterações ao projeto inicial decorrentes da vontade do dono de obra.				SIET; SA	S	SA: O SA não tem competência técnica em matéria de empreitadas e obras		
		139	Dificuldades acompanhamento dos prazos de garantias das empreitadas e na equipamentos e na	M	M	M	252	Nomeação de gestor de contrato que comunica ao CA os desvios, defeitos ou outras anomalias na execução do contrato de modo a ser possível acionar as devidas penalizações.				SIET; SA; CA	S	SA: Idem ao ponto 115. CA: De acordo com o CCP as competências do Gestor de Contrato decorrem da lei, sendo os mesmos informados das mesmas		

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
Frota Automóvel	execução de penalidades nos contratos de prestação de serviços e empreitadas				253 O CA comunica o incumprimento ao Gabinete Jurídico para execução de penalidades previstas no contrato.	SIET; GJ; CA	S	CA: Sempre que o CA é confrontado com situações de incumprimento procede ao respetivo encaminhamento para o gabinete jurídico; GJ: O GJ intervém nas notificações e seguimento das mesmas	
	140 Inexistência de procedimentos que garantam uma adequada gestão da frota automóvel	F	M	F	254 Definir regras/procedimentos que garantam uma adequada gestão da frota automóvel.	SIET	S	Modelo-Boletim Diário do Veículo e REGULAMENTO DE USO DE VEÍCULOS DO HSMM	
		F	M	F	255 Implementar e gerir a Plataforma de Gestão Partilhada de Frota do Ministério da Saúde (Despacho nº 5865/2017 de 04/07)	SIET	N		
		F	M	F	256 Manter registo centralizado e permanentemente atualizado com informação diária e individual de cada veículo (identificação do condutor, quilómetros percorridos, datas e custos de manutenção, consumos de combustível, portagens, datas de inspeção obrigatórias, entre outros), de modo a fornecer indicadores para uma melhor gestão, controlo e planeamento.	SIET	S	No "Boletim Diário do Veículo"	
		F	M	F	257 Manter um registo de ocorrências no âmbito da utilização dos veículos (sinistros, infrações associadas à utilização, ou outros incidentes).	SIET	S	No mapa "Resumo"	
	141 Inexistência de registos de informação relativa aos veículos (quilómetros, manutenções, consumos de combustível, custos da manutenção da frota, entre outros)	F	M	F	256	SIET	S	No "Boletim Diário do Veículo"	
SERVIÇO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	143 Organização da função indefinida	F	M	F	258 Promover a existência de regulamento interno do serviço.	SGRH	S	Regulamento SGRH	
		F	M	F	259 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SGRH, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SGRH	S	Manual de procedimentos	
		F	M	F	260 Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuada e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	SGRH	S	Comunicação Interna remetida a CA aferição mensal de excedente	
		F	M	F	261 Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais	SGRH	S	Inscrição dos profissionais nas ações de sensibilização apresentadas pela tutela online (ex SPMS; IGAS; INA entre outros)	
	144 Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	F	M	F	261	SGRH	S	Inscrição dos profissionais nas ações de sensibilização apresentadas pela tutela online (ex SPMS; IGAS; INA entre outros)	

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	145 Inexistência de procedimentos ou regras escritas	M	F	F	262 Promover a existência de procedimentos ou regras escritas aprovadas e validar o seu cumprimento por todos os trabalhadores da área. Os documentos devem, designadamente, definir circuitos documentais e assegurar a efetiva segregação de funções.	SGRH	N	Necessária colaboração do Gabinete de Qualidade (GGC)	1º Semestre 2023
	146 Falha na interligação entre aplicações	F	F	F	263 Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existam.	SGRH	S	Envio por email de informação/listagens periódica ao SGSI sobre os colaboradores	
	147 Prestação de informação incompleta ao CA. A informação imprecisa ao CA poderá gerar uma menos correta tomada de decisão.	F	F	F	264 Realização de reuniões no serviço com frequência com vista ao esclarecimento de dúvidas e aplicação de legislação atualizada.	SGRH	S	Convocatória e realização de reuniões quinzenais com os colaboradores do SGRH	
	148 Inexistência de critérios de seleção e recrutamento escritos	M	M	M	265 Definir uma política de gestão de recursos humanos que vise promover a seleção de colaboradores, de acordo com os requisitos legais, técnicas e competências necessárias à prestação de serviços de qualidade no HSMM.	SGRH	S	Nos procedimentos concursais é aplicada a portaria N.º 233/2022, de 9 de setembro, que regulamenta a tramitação do procedimento concursal de recrutamento	
	149 Favorecimento ilícito na escolha dos recursos humanos a contratar, abuso de poder e tráfico de influências	F	M	F		SGRH	S	Nos procedimentos concursais é aplicada a portaria N.º 233/2022, de 9 de setembro, que regulamenta a tramitação do procedimento concursal de recrutamento	
	150 Intervenção no processo de recrutamento de pessoas com relações de proximidade dos candidatos	F	M	F	266 Instituir regras gerais de rotatividade dos elementos que compõem os júris de concurso, de forma a assegurar que as propostas de decisão não fiquem, por regra, concentradas nas mesmas pessoas.	SGRH	S	Proposta de constituição de elementos do júri nos termos da Portaria N.º 233/2022, de 9 de dezembro (carreiras gerais), legislação específicas carreiras especiais portarias da carreira de Enfermagem/TSDT/Farmacêutica e Médica	
Seleção e Recrutamento									

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO							RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS		151	Utilização de critérios de seleção discricionários, sem respeito pelo princípio da equidade	F	M	F	267	Avaliação dos candidatos envolvendo várias fases com triagem dos candidatos independente da seleção e realização de entrevistas.	SGRH	S	Proposta de constituição de elementos do júri nos termos da Portaria N.º 233/2022, de 9 dezembro (carreiras gerais), legislação específicas carreiras especiais portarias da carreira de Enfermagem/TSDT/Farmacêutica e Médica				
		152	Ausência ou deficiente fundamentação dos resultados de seleção	F	M	F	268	Informação com justificação e fundamentação da utilização de critérios de recrutamento objetivos e precisos com reduzida margem de discricionariedade.	SGRH	S	Proposta de constituição de elementos do júri nos termos da Portaria N.º 233/2022, de 9 dezembro (carreiras gerais), legislação específicas carreiras especiais portarias da carreira de Enfermagem/TSDT/Farmacêutica e Médica				
		153	Quebra dos deveres de transparência	F	M	F	269	Elaboração e divulgação de normas para prevenção de conflitos de interesse	SGRH; GJ	N	SGRH: Carência de RH; GJ: Existem nível de CPP apreciados em parecer prévio, e tema abordado em regime formativo e articulado, os conflitos de interesses estão defendidos genericamente na lei pelo que contratos remetem para tal, a enumeração extensiva seria incomportável porque casuística, estão e são puníveis se falsas declarações forem prestadas declarações de inexistência.	1º Semestre 2023			
		154	Não declaração de conflito de interesses por parte dos membros do júri relativamente a candidatos	F	M	F	270	Exigência de entrega de declaração de inexistência de conflito de interesses dos membros do júri, sob a forma escrita, e apenas ao procedimento em causa.	SGRH	S	Declaração assinada anexo ao acervo documental do procedimento				
	Gestão de Recursos Humanos	155	Informação sobre os profissionais incorreta ou desatualizada	F	M	F	271	Verificar que todas as alterações (criação, alteração ou eliminação) de dados são devidamente aprovadas e total e corretamente atualizadas no sistema de informação dos recursos humanos.	SGRH	S	Introdução de alterações no WebRHV e RISI com a validação do SGRH no RHV				
							272	Insistência anual junto dos trabalhadores para atualização dos seus dados pessoais e profissionais.	SGRH	S	Envio de email alerta ativo RHV e WebRHV				

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	156 Prestação incorreta de informação ao trabalhador	F	M	F	273 Segregação de funções e responsabilidades das operações.	SGRH	S	Manual de procedimentos SGRH	
	157 Acesso indevido a informação e/ou processos individuais dos profissionais e quebra de sigilo	F	M	F	274 Sujeição de todos os trabalhadores do SGRH ao dever legal de sigilo.	SGRH	S	Clausula contratual e critério na seleção de pessoal no procedimento de recrutamento	
					275 Acesso restrito a profissionais do SGRH	SGRH	S	Arquivo de processo fechado com chave apenas ao SGRH	
	158 Início de funções do profissional sem contrato assinado	F	M	F	276 Garantir a existência de autorização ministerial e contrato assinado, por ambas as partes, no início de funções de novos profissionais.	SGRH	S	Deliberação de CA e despacho Tutelar em cumprimentos com os diversos normativos legais de recrutamento	
	159 Incorreta elaboração de contratos de trabalho ou interpretação de outras comunicações emergentes do mesmo	F	M	F	277 Promover a existência de procedimento/guia de apoio na elaboração de contratos.	SGRH; GJ	S	Os documentos técnicos de índole contratual seguem as normas da legislação do direito laboral publico e do direito laboral privado sendo redigidos pela responsável do SGRH (com formação jurídica para o efeito em colaboração com o GJ) e aprovação do CA através de minuta	
					278 Solicitar apoio jurídico para elaboração de contratos.	SGRH; GJ	S	SGRH: Os documentos técnicos de índole contratual seguem as normas da legislação do direito laboral publico e do direito laboral privado sendo redigidos pela responsável do SGRH (com formação jurídica para o efeito em colaboração com o GJ) e aprovação do CA através de minuta; GJ: Sempre que necessários os serviços articulam-se	
	160 Incorreta integração jurídico funcional do trabalhador na instituição	F	M	F	279 Promover a existência de um guia de acolhimento a novos profissionais.	SGRH	S	Guia de acolhimento divulgado no portal interno do HSMM	
	161 Não cumprimento de prazos na celebração, renovação e rescisão de contratos.	F	M	F	280 Implementação de mecanismos de alerta de prazos de término de contratos a termo e/ou prestação de serviços.	SGRH	S	Ficheiro excel e RHV	

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS		SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	162	F	M	F	281	Centralização no SGRH do controlo e acompanhamento às prestações de serviços individuais, cuja base de aferição seja o número de horas realizadas.	SGRH	S	Envio de informação mensal ao CA e tutela sobre a prestação de horas realizadas/validação anual pelo CA	
					282	Elaboração procedimento de contratação de prestadores de serviços.				
	163	F	M	F	283	Monitorização da existência e das validades das apólices de seguro obrigatório dos profissionais.	SGRH	S	Envio de email notificador periódico	
					284	Realização de inquérito de satisfação com periodicidade bianual, permitindo identificar oportunidades de melhoria.				
	164	F	M	F			SGRH; GGQ	S	SGRH: Aprovado em CA o inquérito e divulgado a todos os colaboradores no mês de março de 2023; GGQ: realizado pelo SGRH	
	Assiduidade	F	F	F	285	Existência de um sistema eletrónico de gestão da assiduidade (Sistema de Registo Biométrico).	SGRH	S	RISI	
					286	Segregação de funções.	SGRH	S	Manual de funções dos colaboradores por unidade funcional	
		M	M	M	287	Promover a existência de regulamento de gestão da assiduidade e horário de trabalho.	SGRH	S	Regulamento publicado no portal interno do HSMM	
					288	Rotatividade dos trabalhadores que fazem a gestão dos sistemas informáticos no SGRH.	SGRH	S	Manual de funções dos colaboradores por unidade funcional	
		M	M	M	289	Verificação semestral por amostragem baseada nos saldos dos trabalhadores do Sistema de Registo Biométrico.	SGRH	S	Conforme artigo 7.º e 11.º do regulamento de horário de trabalho e assiduidade HSMM	
					290	Responsabilização dos responsáveis/diretores de serviço, quer na validação de anomalias, quer na definição de escalas.	SGRH	S	Parametrização hierarquias RISI	
		F	M	F	291	Todas as informações sobre faltas, férias e licenças devem conter fundamentação legal.	SGRH	S	Validação pelo SGRH através das aplicações de gestão de assiduidade	
					292	Garantir a não atribuição de dias de férias em número superior ao que o funcionário tem direito.	SGRH	S	Parametrização na aplicação RISI e RHV	

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	169	F	M	F	293	Garantir que o gozo de férias é autorizado pelo CA sob proposta do Diretores/responsáveis de serviço.	SGRH	S	Idem resposta 292
					294	Promover a existência de um regulamento dos regimes de prevenção e chamada.	SGRH; GJ	S	SGRH: Publicado no portal interno do HSMM; GJ: Foi já alvo de reuniões em articulação dos termos a definir para o mesmo, e enviada minuta em articulação com o SGRH.
					295	Revisão anual dos regimes de prevenção e chamada em vigor.	SGRH; CA	S	SGRH: Publicado Regime de prevenção e chamada no portal do HSMM
	170	F	E	M	296	Submissão de todos os abonos extraordinários a aprovação prévia do CA, de acordo com a delegação de competências instituídas.	SGRH	S	Comunicação Interna remetida a CA mensal
					297	Submeter todos os descontos (não oficiais) à aprovação dos profissionais.	SGRH	S	Através email institucional
					298	Análise mensal da razoabilidade dos abonos e descontos processados.	SGRH	S	Envio de ficheiros mensais ao CA SPAG e SGF
					299	Autorização mensal individualizada para prestação de trabalho que implique o pagamento de remuneração além de 1/3 da remuneração principal (n.º 7 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 62/79, de 30.03).	SGRH	S	Comunicação Interna para CA
	171	F	E	M	300	Conferir que o total de remunerações base processadas corresponde à massa salarial aprovada.	SGRH	S	Ficheiro/mapa extraído do RHV antes do fecho do mês
					301	Controlar a correção do cálculo do valor das contribuições para os sistemas e subsistemas de solidariedade e segurança social e do imposto sobre o rendimento.	SGRH	S	Ficheiro/mapa extraído do RHV antes do fecho do mês
					302	Efetuar o registo de custos com pessoal no período a que respeitam.	SGRH	S	Ficheiro/mapa extraído do RHV antes do fecho do mês
	172	F	E	M	303	Controlar que o total de remunerações pagas corresponde ao total das remunerações processadas.	SGRH	S	Ficheiro/mapa extraído do RHV antes do fecho do mês

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO							RISCOS IDENTIFICADOS		PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS		SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS						304	Instituir mecanismos de controlo entre as escalas aprovadas, os registos de assiduidade e os pagamentos efetuados.						SGRH	S	GH RISI		
						305	Implementação de mecanismos de controlo interno que passam pela segregação de funções e rotatividade do pessoal nas diferentes tarefas.						SGRH	S	Manual de funções dos colaboradores por unidade funcional		
	Acumulação de funções	173	Falta de controlo nas acumulações de funções	M	M	M	306	Existência de procedimento para acumulação de funções privadas e públicas para contratos de trabalho e contratos de prestação de serviços.					SGRH	S	Circular informativa anual		
		174	Acumulação de funções sem prévia autorização	M	M	M	307	Exigência de declarações de acumulação de funções a todos os trabalhadores.					SGRH	S	Validação de autorização no RHV		
							308	Análise cuidada à prestação efetiva da acumulação e eventuais riscos para o HSMM e para a qualidade da prestação (n.º de horas de trabalho diário/semanal).					SGRH	S	Validação/informação legal pelo SGRH do pedido submetido pelo profissional no WebRHV antes do envio a CA		
		175	Incompatibilidades	F	M	F	309	Exigir aos colaboradores em exclusividade de funções a entrega de cópia de declaração de rendimentos.					SGRH	S	É firmado o valor no requerimento no ponto 3. remuneração a auferir: no entanto não se aplica aos profissionais em regime de exclusividade		
							310	Rever anualmente todas as aprovações de acumulação de funções.					SGRH	S	Notificação colaboradores circular informativa		
			176	Ausência ou deficiente avaliação de desempenho dos profissionais do HSMM	F	M	F	311	Garantir o cumprimento das normas instituídas para aplicação do SIADAP.					CCA; SGRH	S	SGRH: Nomeação dos órgão de avaliação em conformidade com a legislação SIADAP designadamente constituição do CCA e da Comissão Paritária (das diversas carreiras profissionais)	
	177		Atribuição de objetivos desajustados às tarefas realizadas	F	F	F	312	Validação prévia pelo CCA de todos os objetivos fixados.					CCA; SGRH	S	SGRH: Homologação em ATA de CCA das respetivas carreiras profissionais		

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	Avaliação de Desempenho	178 Ausência ou deficiente fundamentação dos resultados das decisões de avaliação	F	F	F	313 Verificação anual por amostragem baseada nas avaliações que se situam fora da média.	SGRH	S	Envio ao CCA das listagens de avaliados com as avaliações que excedem as quotas legalmente aplicáveis	
		179 Incumprimento dos prazos estipulados na lei para cada ciclo avaliativo	M	F	F	314 Promover a existência de um regulamento de funcionamento do Conselho Coordenador da Avaliação (CCA)	CCA; SGRH	S	SGRH: publicitado portal interno do HSMM	
						315 Realizar reuniões periódicas dos diversos CCA (carreira geral, médica e enfermagem) por forma a acompanhar o processo avaliação de desempenho e fazer cumprir com o legalmente definido.	CCA; SGRH	S	SGRH: convocatória reuniões do CCA das diversas carreiras profissionais	
	Formação e desenvolvimento dos profissionais	180 Inadequada identificação das necessidades de formação institucionais.	M	M	M	316 Definição da política institucional de formação e desenvolvimento profissional.	CFDP	S	publicada no portal interno	
						317 Existência de procedimento institucional para identificação de necessidades de formação dos trabalhadores.	CFDP	s	encontra-se no portal interno	
		181 Formulação de objetivos de formação inadequados	F	M	F	318 Diagnóstico de necessidades de formação alinhado com o plano estratégico institucional.	CFDP	s	Candidatura de formação POISE executada	
						319 Reunião anual com as chefias intermédias para definição de objetivos estratégicos de formação.	CFDP	s	Reuniões formais e informais realizadas. Diretivas de formação oriundas do CA	
		182 Formadores com perfil inadequado pedagógico	F	M	F	320 Seleção de formadores internos/externos sustentada em critérios de competência científica, técnica e pedagógica.	CFDP	s	Notas curriculares dos formadores internos	
		183 Baixa adesão dos trabalhadores à frequência da formação institucional e baixa eficácia da formação realizada.	M	M	M	321 Corresponsabilização das chefias intermédias na frequência da formação.	CFDP	s	Reporte de frequência pós formação	
		184 Inadequada avaliação do impacto da formação institucional	F	M	F	322 Corresponsabilização das chefias intermédias na avaliação do impacto da formação.	CFDP	N		Parcialmente implementada
	Organização do Serviço	185 Organização da função indefinida	F	M	F	323 Promover a existência de regulamento interno do serviço.	SGSI	S	Esta publicado 2014	

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO						RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE GESTÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	186	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	F	M	F	324	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SGSI, as quais deverão contemplar uma adequada segregação de funções.	SGSI	S	Dado a conhecer em reunião interna - consta da ata de reunião				
						325	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuadas e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	SGSI	S	Analisado informalmente - sem evidência formal				
						326	Avaliar a necessidade de reforçar ou capacitar a equipa de profissionais do SGSI, mediante uma avaliação custo-benefício.	SGSI	S	Analisado informalmente - sem evidência formal				
						327	Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais	SGSI	S	Consta do Plano atividades como objetivo - comunicado ao DEP informalmente				
	187	Falha na interligação entre aplicações	F	F	F	328	Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existam.	SGSI	N		Não está definido mas será tido em conta esta medida			
	Gestão do Imobilizado	188	Desadequada gestão do parque informático (hardware), quer em número (excedente ou insuficiente) quer em atualização.	F	M	F	329	Inventariação anual do parque informático com informação acerca das caraterísticas dos equipamentos por posto de trabalho.	SGSI; SA	S	SA: Todos os equipamentos rececionados são registados no SI de Imobilizado; SGSI: Em suporte alternativo devido à não existência de ITSM			
							330	Elaboração de plano anual de necessidades de acordo com orçamento definido.	SGSI; SA; SGF	S	No ano n são apuradas as necessidades para o a n+1, solicitada DSO ao SGF e reportada a informação à SPMS, para aquisição por agregação centralizada. SGSI: Sim, em reunião com CA; SGF: Proposta efetuada pelo CA mediante informação e pedidos dos Serviços			

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO						RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE GESTÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	Gestão dos Sistemas de Informação	189	Sistemas de informação (Software) desatualizados e/ou inoperacionais	M	M	M	331	Assegurar a permanente atualização dos registos das caraterísticas dos postos de trabalho do HSMM de modo garantir a gestão operacional e rentabilização dos sistemas de informação através da atualização da base de dados de todos os postos de trabalho com os respetivos softwares existentes, datas de atualizações, etc.	SGSI	S	Sim, sempre que adequado			
		190	Falta de alinhamento entre os investimentos em equipamentos na instituição e os sistemas informáticos	F	E	M	332	Todas as aquisições devem ter um parecer do serviço de informático.	SGSI; SA; SIET; CA	S	SA. Todas as aquisições têm um parecer do SGSI; CA: O SGSI participa em todas as aquisições da área TIC; SGSI: Sim, em parte. Há conhecimento à <i>posteri</i> de algumas aquisições sem parecer prévio SGSI			
							333	Existência de uma comissão de sistemas de informação e processo clínico eletrónico (Comissão Local de Informatização Clínica - CLIC).	SGSI; CA	S	SGSI: CLIC			
							334	Elaborar procedimento para a atribuição/eliminação de acessos aos utilizadores em articulação com o SGRH.	SGSI; SGRH	S	SGSI: Existe procedimento			
		191	Acesso indevido a determinada aplicação ou informação	M	M	M	335	Obrigatoriedade das direções de serviço comunicarem as alterações das funções dos profissionais. Elaboração de procedimento.	SGSI; Direções de Serviço	S	SGSI: Sim, quando a necessidade obriga a acessos diferenciados			
							336	Garantir que o acesso ao posto de trabalho é realizado através de credenciais de acesso específicas para cada profissional.	SGSI	S	Sim, integrado na AD			
							337	Responsabilização dos titulares das senhas de identificação pela sua utilização, elaborando para o efeito um procedimento interno.	SGSI	N	Confirmo consciencialização em screensavers etc mas não responsabilização			
		193	Tratamento preferencial ou inadequado no suporte interno (clientes, utentes etc.)	F	F	F	338	Adoção de um sistema de gestão e monitorização de tickets internos, quer seja por e-mail ou por uma plataforma WEB.	SGSI	S	Implementada em 2023			
		194	Roubo ou acesso indevido a informação	M	M	M	339	Restrições de acesso à informação de acordo com os perfis atribuídos.	SGSI	S	Estrutural			
							340	Implementação de um procedimento para controlo de acessos.	SGSI	S	Publicado - 04abr2019			

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE GESTÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	195 Falhas na proteção contra softwares maliciosos	E	E	E	341 Listagem atualizada com as ligações seguras através de VPN.	SGSI	S	Existente no SGSI	
					342 Adequado sistema de <i>firewall</i> que permita implementar uma política de segurança a nível de acessos ao HSMM (VPN's) bem como a nível de segurança (CNPd e Cibersegurança).	SGSI	S	Existente FW layer 7	
					343 Promover a existência de sistemas redundantes.	SGSI	S	Sim, sempre que adequado	
	196 Falhas nos backups	M	M	M	344 Elaborar procedimento para realização de backups em toda a instituição.	SGSI	S	BACKUP dos principais sistemas	
					345 Obter evidência de realização periódica de backups de segurança e se os mesmos são guardados em local distinto.	SGSI	S	Sim, em locais distintos	
	197 Falência dos Sistemas de Informação, risco de interrupção de serviço contínuo, perda ou adulteração da informação	M	M	M	346 Elaborar e monitorizar o plano de contingência que permite responder a interrupções de serviço, garantindo a continuidade de operação dos processos críticos.	SGSI; CA	N	CA: documento da responsabilidade do SGSI; SGSI: Existe mas não está formalizado	
					347 Promover e evidenciar inspeções/manutenções regulares aos sistemas de alimentação ininterrupta, refrigeração e de extinção de incêndios pelo SIET.	SIET	S	Mapa de Controlo dos Contratos Manutenção; Incluir o SSST para o tema de extinção de incêndios	
					348 Restrição de acesso físico, a pessoal não autorizado, à sala técnica de servidores e promover mecanismos de controlo de acessos.	SGSI; SIET	S	SGSI: Sim a restrição de acesso físico sem mecanismos de acesso	
	198 Não cumprimento da legislação em vigor relativa às medidas de reforço da cibersegurança	E	E	E	349 Cumprimento do normativo nº 7/2018/SPMS de 20 de outubro.	SGSI	S	Sim quase na totalidade do que se aplica	
	199 Não cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados	M	M	M	350 Adoção de um Programa de Gestão para avaliação e introdução de medidas para a implementação do novo Regulamento Geral de Proteção de Dados.	SGSI; EPD	S	EPD: O RGPD e AS Normas da CNCS e bem como da CNPD estão em constante vigilância e são cumpridas as determinações de comunicação e respetivas orientações	

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO							RISCOS IDENTIFICADOS		PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS		SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE PLANEAMENTO E APOIO À GESTÃO	Organização do Serviço	200	Organização da função indefinida	F	M	F	352	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	SPAG	S	Idem medida 2.						
							353	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SPAG.	SPAG	S	Idem medida 2. Pretende-se ainda elaborar, durante o triénio 2023-2025, procedimentos detalhados das atividades realizadas pelo SPAG.						
		201	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	M	M	M	354	Avaliar a necessidade de reforçar ou capacitar a equipa de profissionais do SPAG tendo em conta o volume de atividade.	SPAG	S	O dispõe de 2 colaboradores. A necessidade de reforço do serviço será sempre justificada e comunicada pela direção do SPAG ao CA.						
							355	Participar em ações de formação para melhorar o desempenho profissional.	SPAG	S	Durante o ano de 2022 as colaboradoras do SPAG frequentaram ações de formação.						
		202	Falha na interligação entre aplicações	F	F	F	356	Efetuar, com regularidade, o cruzamento de informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam, de modo a validar a coerência dos dados, e analisar relatórios de erros de interfaces entre aplicações, quando estes existam.	SPAG	S							
	Apoio à gestão	203	Elaboração de informação incorreta, de forma involuntária	M	F	F	357	Solicitar validação, sempre que possível, por parte do Serviço envolvido.	SPAG	S							
							358	Criar um procedimento de dupla verificação (um 2º elemento valida a informação elaborada).	SPAG	S	Sempre que necessário é realizada dupla verificação da informação produzida pelo SPAG. Pretende-se ainda elaborar, durante o triénio 2023-2025, procedimentos detalhados das atividades realizadas pelo SPAG.						

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
	204 Divulgação indevida de informação a terceiros ao serviço (internos ou externos à Instituição).	M	F	F	359 Existência de um procedimento interno com as regras de divulgação de informação.	SPAG	N	Por motivos de alteração de direção de serviço, em 2022 não foi elaborado procedimento escrito com regras de divulgação de informação.	31/12/2023
					360 Autorização prévia, pelo Conselho de Administração, de relatórios e mapas para divulgação geral.	SPAG	S	Toda a informação divulgada ao exterior é previamente autorizada pelo CA. Pretende-se durante o triénio 2023-2025 elaborar procedimentos detalhados das atividades realizadas pelo SPAG e respetivas validações /autorizações necessárias.	
	205 Incumprimento de prazos nas tarefas periódicas	F	F	F	361 Elaboração de mapas com prazos para as atividades periódicas.	SPAG	S	O SPAG dispõe de ficheiro com as diversas atividades do serviço e respetivos prazos, o qual está em constante atualização.	
SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA	Organização do Serviço	F	M	F	362 Promover a existência de regulamento interno do serviço.	SAI	S		
					363 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no SAI.	SAI	S		
					364 Dotar o Serviço de Auditoria Interna com recursos humanos suficientes, não inferior a 2 (dois) elementos, com habilitação e competência profissional específica as exercício das funções de controlo interno, enquadrável no nº 1 do artigo 19º do DL 18/2017, de 10 de fevereiro.	SAI; CA	S	CA: Está a decorrer concurso de recrutamento	
					365 Participar em ações de formação para melhorar o desempenho profissional.	SAI	S		

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO							RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA	Plano de Auditoria	208	Ausência ou não cumprimento do Plano Interno de Auditoria	M	M	M	366	Elaboração anual de plano de atividades consistente com os objetivos do HSMM, através do qual sejam definidas ações de avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.	SAI; CA	S	CA: existe um plano anual de auditorias. SAI: SAI: é elaborado anualmente o plano de atividades do Serviço de Auditoria Interna. O PAA contempla ações de auditoria impostas e/ou sistemáticas, e ações de auditoria a áreas consideradas de maior risco.				
							367	Monitorizar semestralmente a execução do Plano de Auditoria.	SAI	S	Semestralmente são monitorizadas e reportadas ao GCCI, as ações com impacto financeiro realizadas.				
							368	Informar a gestão dos constrangimentos associados ao não cumprimento do plano de auditorias.	SAI	S	Sempre que se verifiquem são reportados ao Conselho de Administração.				
	Follow-up das recomendações	209	Não acompanhamento das recomendações emitidas pelo SAI aprovadas pelo CA	M	M	M	369	Realização de auditorias de <i>follow-up</i> .	SAI	S	Durante o ano de 2022 não foram realizadas auditorias de follow-up.				
	Relatórios de Auditoria	210	Falta de qualidade nos relatórios de Auditoria Interna	F	M	F	370	Mecanismos de recolha de documentação de todos os elementos de prova da auditoria e outros elementos de suporte.	SAI	S	Todos os relatórios emitidos pelo Serviço de Auditoria Interna, nomeadamente, as situações detetadas, são sustentadas por evidências, as quais se encontram em suporte digital ou físico no SAI.				
							371	Acompanhamento e supervisão permanente das diferentes fases dos processos de auditoria.	SAI	S	Todas as auditorias e respetivos relatórios emitidos são realizadas com supervisão da Diretora de Serviço.				
							372	Formação contínua aos profissionais do Serviço de Auditoria Interna.	SAI	S	Anualmente, os profissionais do SAI frequentam várias ações de formação.				
		211	Ausência de rigor, isenção e objetividade na recolha de evidências.	F	M	F	373	Realização das ações de auditoria em equipa com indicação nominativa do responsável.	SAI	S	Em todos os relatórios das auditorias internas é identificada a equipa da auditoria e responsável pela mesma.				
							374	Uniformização de procedimentos, métodos e técnicas com emissão de guiões e checklists	SAI	S					

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO							RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
	PGRIC	212	Falhas no acompanhamento e no reporte da execução do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas	M	M	M	375	Promoção do acompanhamento da execução das medidas previstas no Plano, através aplicação da ficha de controlo semestral.	SAI	N	O controlo encontra-se a ser realizado anualmente, devido a dificuldade de obtenção atempada de informação dos serviços.				
	Sistema de Comunicação de Irregularidades	213	Inexistência de sistema de comunicação de irregularidades.	F	M	F	376	Avaliação sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades. Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital E. P. E., apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;	SAI; CA	S	O SAI elaborou relatório anual da avaliação do sistema de controlo interno bem como com as comunicações internas de irregularidades recebidas.				
GABINETE DE GESTÃO DA QUALIDADE	Organização do Serviço	214	Organização da função indefinida	F	M	F	377	Promover a existência de regulamento interno do serviço.	GGQ	N		1º Semestre de 2023			
							378	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no serviço.	GGQ	S	0277_Rgl_PROS				
		215	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	F	M	F	379	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuada e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	GGQ	S	Relatórios de atividades semanais e mensais enviados ao PCA				
							380	Participar em ações de formação para melhorar o desempenho profissional.	GGQ	S	Sistema de Gestão da Segurança no Trabalho ISSO 45001:2018				
	Gestão da Qualidade	216	Documentação desatualizada	F	M	F	381	Criação de um <i>template</i> com alertas de revisão para a gestão documental.	GGQ	S	Plataforma GOO Portal				
		217	Risco de falha de controlo da qualidade dos procedimentos	M	M	M	382	Supervisão dos procedimentos elaborados.	GGQ	S	Supervisão pelo Membro do CA, responsável pela área				
		218	Falta de envolvimento das chefias no processo de acreditação	M	M	M	383	Realização de reuniões periódicas com as chefias no âmbito da acreditação.	GGQ	S	Criação dos Dinamizadores da Qualidade				
		219	Ausência de uniformização de procedimentos, normas, métodos, técnicas ou atuação da organização	F	F	F	384	Promoção da documentação e comunicação generalizada dos procedimentos, normas, métodos e técnicas a adotar na organização.	GGQ	S	Plataforma GOO Portal				
							385	Definir/Atualizar o Circuito para a elaboração, aprovação e homologação de documentos.	GGQ	S	Plataforma GOO Portal				

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
	220 Ausência de conhecimento por parte dos Profissionais da Documentação Divulgada no Portal Interno	M	M	M	386 Organização do Portal Interno por áreas/Serviços, por forma a facilitar a pesquisa dos documentos.	SGSI; GGQ	S	SGSI: Sim; GGQ: Plataforma GOO Portal	
	221 Portal Interno do Hospital desatualizado e/ou desorganizado	F	M	F	387 Organização do Portal Interno por áreas/Serviços, por forma a facilitar a pesquisa dos documentos.	SGSI; GGQ	S	SGSI: Sim; GGQ: Plataforma GOO Portal	
GABINETE DE COMUNICAÇÃO E MARKETING	Organização do Serviço	F	M	F	388 Promover a existência de regulamento interno do serviço.	GCM	S	Doc. N.º 731 no Portal Interno: Regulamento do Gabinete de Comunicação e Marketing; Revisto o regulamento e remetido para aprovação do CA a 04/04/2023.	
					389 Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no serviço.	GCM	S	Elaboração de Manual da Comunicação e Marketing (disponível para consulta no Portal Interno Doc. N.º 2258) que identifica a identidade visual do HSMM e o posicionamento do GCM, bem como, as suas atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no serviço; Redação de Procedimento Institucional para captação de imagens e registo de vídeo (disponível para consulta no Portal Interno Doc. N.º 2318) que informa que no âmbito de um ambiente laboral, de formações, conferências, eventos e celebrações do HSMM, possam ser captadas imagens e/ou registo de vídeo dos profissionais, para efeitos de publicação e divulgação no Site e Newsletter Institucional, bem como outros meios e órgãos de comunicação social.	

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO							RISCOS IDENTIFICADOS		PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS		SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
GABINETE DE COMUNICAÇÃO E MARKETING	223	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	F	M	F	390	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuada e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	GCM	S	O GCM é composto apenas por um elemento, o que implica o recurso a trabalho extraordinário/suplementar em algumas ocasiões.							
						391	Participar em ações de formação para melhorar o desempenho profissional.	GCM	S	Durante o ano de 2022, foram frequentadas várias ações de formação.							
	224	Prestação de informação inadequada e/ou errada	F	E	M	392	Definição de níveis de responsabilidade e aperfeiçoar a área de comunicação interna	GCM; CA	S	GCM: O Gabinete de Comunicação e Marketing tem elevado o alcance do número de pessoas, quer sejam profissionais, utentes ou familiares aos quais a informação tem chegado. Ao nível interno, todos os colaboradores são agora informados através de email de várias ofertas formativas, bem como de todas as publicações de caráter institucional que são divulgadas nas redes sociais.; CA: Foi criado o GCM que detém regulamento e normas de comunicação							
						225	Promoção inadequada da imagem da Instituição	F	E	M	393	Definir a informação que pode ser disponibilizada e controlar os conteúdos no site oficial do HSMM	GCM; CA	S	GCM: Toda a informação disponibilizada é objeto de análise e previamente validada pelo CA ou pelo Presidente do CA		

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO							RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
GABINETE DE COMUNICAÇÃO E MARKETING	226	Conteúdos do site do Hospital desatualizados	F	M	F	394	Definição de níveis de responsabilidade e aperfeiçoar a área de comunicação interna	GCM; CA	N	Ao GCM é solicitada inúmeras vezes a colaboração no planeamento e organização de eventos, porém a colaboração não pode englobar todos os aspetos tais como aquisição de materiais ou logística de manutenção ou mobilização de equipamentos, uma vez que este género de situações não constam das atribuições do GCM. A área da Comunicação Interna tem sofrido melhorias e aperfeiçoamento quer ao nível da imagem das comunicações, da frequência e do alcance do número de pessoas.					
	227	Iniciativas realizadas sem o conhecimento do HSMM	F	M	F	395	Informar e esclarecer o público em geral através do Site do Hospital e redes sociais de que todas as iniciativas para poderem serem realizadas deverão ter aprovação do HSMM.	GCM; CA	S	Informação disponível no Site e para consulta interna no Portal Interno (Regulamento da Comunicação e Marketing e Manual da Comunicação e Marketing), bem como, promoção da leitura do regulamento e sensibilização junto dos profissionais.					
GESTÃO HOTELEIRA	Organização do Serviço	228	F	M	F	396	Promover a existência de regulamento interno dos serviços.	GH	N	Vou articular com todos os serviços para a elaboração de regulamentos internos					
						397	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes nos serviços.	GH	S	Em articulação com todos os serviços e responsáveis/chefes dos serviços					
		229				Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	398	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuada e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar.	GH	S	Em articulação com todos os serviços e responsáveis/chefes dos serviços				
							399	Participar em ações de formação para melhorar o desempenho profissional.	GH	S	Centro de Formação e Desenvolvimento Profissional				
	Alimentação	230	Fornecimento de refeições inadequadas aos doentes internados	M	M	M	400	Elaboração de procedimento que defina, em todas as fases do processo, funções e responsabilidades dos intervenientes, desde a prescrição, confeção e distribuição.	UFNA	N	Medida ainda não implementada por falta de recursos humanos.				

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
GESTÃO HOTELEIRA					401 Acompanhamento efetuado por pessoa qualificada na avaliação das necessidades alimentares dos doentes (rastreo risco nutricional).	UFNA; Equipa multidisciplinar	S	Implementado rastreio do risco nutricional	
					402 Promover a implementação da identificação das dietas dos doentes, através de etiqueta individual emitida a partir do S`Clínico.	UFNA; CA	N	A formação às AO da cozinha, relativa/ á impressão a partir do S`Clínico, terminou em janeiro de 2023, no entanto, ainda não foi possível implementar o procedimento, porque há algumas dificuldades c/ o programa informático que estão em resolução, pelo que deverá ser contactado o Responsável do SGI que poderá prestar informação mais pormenorizada.	
					403 Promover auditorias periódicas, no âmbito da higiene e segurança alimentares, nas copas dos Serviços de internamento.	UFNA	N	Conforme explanado, esta foi uma das rotinas total/ comprometidas pelos 2 períodos de baixa prolongada da Nutricionista, bem como pelo o aumento do volume de pedidos internos de apoio a doentes internados.	
	231 Inexistência de instalações técnicas adequadas à confeção e distribuição de refeições	M	M	M	404 Promover auditorias periódicas de HACCP.	UFNA	N	Sistema ainda não implementado	

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO	RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
GESTÃO HOTELEIRA	232 Inexistência de controlo de custos das refeições	M	F	F	405 Avaliação dos custos previstos para as refeições de um dado período e os custos efetivamente suportados durante o mesmo período.	SPAG; UFNA; GH	N	SPAG: Durante o ano de 2022 não foi solicitada ao SPAG avaliação dos custos inerentes às refeições confeccionadas pelo HSMM. Pretende-se junto do CA perceber a sua necessidade e, caso se aplique, definir a sua periodicidade em articulação com o Serviço de gestão hoteleira. UFNA: No âmbito das suas funções que são técnicas, a UFNA continua a manter os procedimentos habituais, para promover o controlo de custos - definição de cláusulas técnicas de cadernos de encargos sempre que solicitado, e na medida do que lhe é possível, devido à grande escassez de recursos humanos, definição e supervisão de stocks, controlo de quantidades servidas/distribuídas.	SPAG: 31/12/2023
					406 Promover medidas para redução dos custos (calibragem regular dos equipamentos de medida e pesagem).	UFNA; SIET	S	A UFNA tem solicitado a calibragem dos equipamentos.	
					407 Promover medidas para redução dos custos (controlo regular do desperdício alimentar das refeições servidas aos doentes nos serviços de ação médica).	UFNA	N	Medida ainda não implementada por falta de recursos humanos.	
					408 Promover medidas para redução dos custos (distribuição centralizada das refeições etc.).	UFNA	N	Fornecimento de refeições e produtos alimentares, apenas se solicitados por requisição eletrónica. No entanto, há necessidade de rever/efetuar formação às equipas de Enfermagem, para atualizar procedimentos de requisição de refeições extemporâneas, pois essas, por dificuldades c/ o S'Clínico, acabam, por vezes, por ser requisitadas de forma manual. Está a ser revisto, novamente, o caderno de encargos, para abertura de concurso para externalização do fornecimento das refeições à instituição, bem como de obras da cozinha que irão permitir a total	

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO							RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS		SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
GESTÃO HOTELEIRA															centralização do serviço de refeições.	
						409	Controlo das refeições cedidas a profissionais e acompanhantes de doentes (controlo regular do desperdício alimentar/reserva antecipada das refeições)					UFNA	S	É efetuado controlo visual, pelas AO da cozinha, do desperdício alimentar. A requisição das refeições dos acompanhantes, é efetuada através do S'Clínico. Ao nível dos profissionais, está já em fase de teste, a implementação nos kiosks, da aplicação que possibilita a reserva das refeições para o refeitório.		
	Bar/cafetaria e Vending machine	233	Inexistência no caderno de encargos das especificações técnicas e legais atualizadas, necessárias para a prestação de serviços de vending.	M	M	M	410	Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas e legais nos cadernos de encargos.	SA; UFNA	S	SA: São definidas de forma clara as cláusulas técnicas nos CE. UFNA: Ainda não houve solicitação superior, para revisão das cláusulas técnicas do caderno de encargos.					
		234	Existência de produtos menos saudáveis nas máquinas de venda automática (MVA) e no bar/cafetaria	F	M	F	411	Submissão prévia, para avaliação técnica, das fichas técnicas dos produtos alimentares.	UFNA	S	Avaliação dos produtos, através das fichas técnicas.					
							412	Realização regular de auditorias internas para verificação do cumprimento da legislação em vigor.	UFNA	S	Auditorias internas.					
	Rouparia	235	Inexistência no caderno de encargos das especificações técnicas necessárias para a prestação de serviços de lavagem e tratamento de roupa hospitalar	M	M	M	413	Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas nos cadernos de encargos.	SA; GH	S	SA: São definidas de forma clara as cláusulas técnicas nos CE; GH: Já estão definidas no caderno de encargos					
		236	Risco na gestão de stocks (rouparia)	M	M	M	414	Elaboração de procedimento para distribuição e tratamento de roupa que defina funções e responsabilidades, em todas as fases do processo.	GH	N	Em elaboração	Até dezembro 2023				
							415	Registo informático (Excel) das entradas (peso e quantidade), contendo o acumulado mensal das roupas.	GH	S	já existe registos informáticos no próprio serviço					

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO						RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
GESTÃO HOTELEIRA	237	Inexistência de inventário de toda a roupa hospitalar	M	M	M	416	Envio mensal desse registo informático (mapa) para o Serviço de Aproveitamento (conferência de faturas) e SPAG (elaboração contabilidade analítica).	GH	N	o S.A e SPAG não pede				
						417	Elaboração bial de inventário de toda a roupa hospitalar.	GH	N	Em elaboração	Até dezembro 2023			
						418	Evidenciar as diferenças/faltas (que não sejam imputáveis a abates).	GH	S	Contagem trimestrais de roupa por serviços				
	238	Inexistência no caderno de encargos das especificações técnicas necessárias para a prestação de serviços de higiene e limpeza	M	M	M	419	Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas nos cadernos de encargos.	SA; GH	S	SA: São definidas de forma clara as cláusulas técnicas nos CE; GH: Já estão definidas no caderno de encargos				
						420	Definir responsáveis pelo controlo e avaliação da qualidade da prestação dos serviços de limpeza (acompanhamento da execução do caderno de encargos).	GH; PPCIRA	S	CCI: c.inf29_16 Responsáveis pelo Controlo e avaliação da qualidade dos serviços de limpeza				
						421	Elaboração de procedimentos internos para facultar a execução e operacionalização de algumas tarefas.	GH; PPCIRA	S	CCI: 0110_PRO_OACP Controlo e Avaliação da Qualidade dos Serviços de Limpeza				
						422	Realização de auditorias internas.	PPCIRA; GH	N		CCI: Em 2022 não estava prevista a realização de auditoria			
	239	Diminuição da qualidade de serviço prestado pela empresa contratada	M	M	M									
	Resíduos Hospitalares	240	Inexistência no caderno de encargos das especificações técnicas necessárias para a prestação de serviços de recolha de resíduos hospitalares	M	M	M	423	Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas nos cadernos de encargos.	SA; GH	S	SA: São definidas de forma clara as cláusulas técnicas nos CE; GH: Já estão definidas no caderno de encargos			

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO							RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS	SERVIÇO RESPONSÁVEL	Imple- menta- da (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
GESTÃO HOTELEIRA		241	Inexistência de controlo de custos associados à recolha de resíduos hospitalares	M	M	M	424	Elaboração de procedimento para a triagem, armazenamento e transporte de resíduos hospitalares, que defina funções e responsabilidades, em todas as fases do processo.	GH; PPCIRA	S	CCI: 0034_Pro_OACP_Procedimento Triagem de Resíduos Hospitalares; 0069r1_Pro_OACP_Circuito de Resíduos e Roupas no Elevador Monta-cargas; 0170_Pro_OACP_Depósito Temporário de Resíduos _Armazenamento de Resíduos Hospitalares				
							425	Promover formação e informação de todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de gestão de resíduos hospitalares.	GH; CFDP	S	CFDP. Formação realizada com apoio do SUCH sobre resíduos hospitalares				
							426	Monitorização periódica dos custos associados à recolha de resíduos hospitalares.	SPAG; GH	N	SPAG: Idem medida 405.	SPAG: 31/12/2023			
							427	Realização de auditorias.	GH; PPCIRA	S	CCI GH: Auditoria realizada em 16 e 23/09/2022				
	Segurança e Vigilância	242	Inexistência no caderno de encargos das especificações técnicas necessárias para a prestação de serviços de segurança e vigilância	M	M	M	428	Definir de forma clara e precisa as cláusulas técnicas nos cadernos de encargos.	SA; GH	S	SA: Aquisição por agregação centralizada desenvolvida pela SPMS				
		243	Inexistência de avaliação da qualidade dos serviços prestados pela empresa contratada	M	M	M	429	Definir responsáveis pelo controlo e avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos trabalhadores da empresa contratada.	GH	S	responsável dos serviços hoteleiros e enff gestora do SU.				
							430	Avaliação periódica ao cumprimento do caderno de encargos.	GH; Gestor do Contrato	S	GH: responsável dos serviços hoteleiros				
	Casa Mortuária	244	Fugas de informação de óbitos para funerárias	F	F	F	431	Segregação de Funções (a informação do óbito é prestada à família pelos profissionais dos serviços onde ocorre). Elaboração de procedimento.	GH; SC	N	em elaboração	Até dezembro 2023			
245		Ofertas dadas pelos agentes funerários e/ou familiares por troca de favores (ex.: vestir	F	F	F	432	Todo o processo de recolha, preparação e entrega dos cadáveres aos agentes funerários, é executado pelos trabalhadores da Casa Mortuária.	GH	S	Manual de procedimentos casa mortuária					

ÁREA/SUBÁREA DE RISCO		RISCOS IDENTIFICADOS	PO	GC	GR	MEDIDAS PREVENTIVAS		SERVIÇO RESPONSÁVEL	Implementada (S/N)	Se respondeu SIM, identifique a medida implementada. Se respondeu não, identifique o motivo da não implementação.	Identifique o prazo de implementação para a MEDIDA NÃO IMPLEMENTADA (se aplicável)
		cadáveres, informação privilegiada para realizar os serviços)				433	Divulgação e cumprimento do Código de Ética do HSMM.	GH; DFDP	N	CFDP: Não aplicável verificação do cumprimento. O Código de Ética está divulgado no portal interno	

Legenda:

CA - Conselho de Administração

GGQ - Gabinete Gestão Qualidade

SAI - Serviço Auditoria Interna

SA - Serviço Aprovisionamento

SC - Serviços Clínicos

SF - Serviços Financeiros

SGRH - Serviço Gestão Recursos Humanos

SG - Serviço Gerais

SGD - Serviço Gestão Doentes

GJ - Gabinete Jurídico

GC - Gestor Contrato

SFARM - Serviços Farmacêuticos

UFNA - Unidade Funcional Nutrição Alimentação

PO – Probabilidade de Ocorrência: Fraca (F); Moderada (M); Elevada (E).

GC – Gravidade da Consequência: Fraca (F); Moderada (M); Elevada (E).

GR – Graduação do Risco: Fraca (F); Moderada (M); Elevada (E).

Fraca
Moderada
Elevada



The first step in the process of identifying a problem is to recognize that there is a problem. This can be done by looking at the current situation and comparing it to what you would like to see. Once you have identified a problem, the next step is to determine its causes. This can be done by asking questions such as "What are the factors contributing to this problem?" and "Why is this happening?" Once you have determined the causes, the next step is to develop a plan to address the problem. This plan should include specific actions that will be taken to solve the problem, as well as a timeline for when these actions will be completed. Finally, once the plan has been developed, it is important to implement it and monitor progress. This can be done by setting up regular check-ins to assess how the plan is working and making adjustments as needed.

Dr. Joaquim Manuel Araújo Barbosa
Presidente do Conselho de Administração

Dra. Olívia Maria da Silva Lopes
Vogal Executiva

Dra. Marta Cristina Marques Gomes
Vogal Diretora Clínica

Doutor Manuel Joaquim de Brito Passos
Vogal Enfermeiro Diretor