

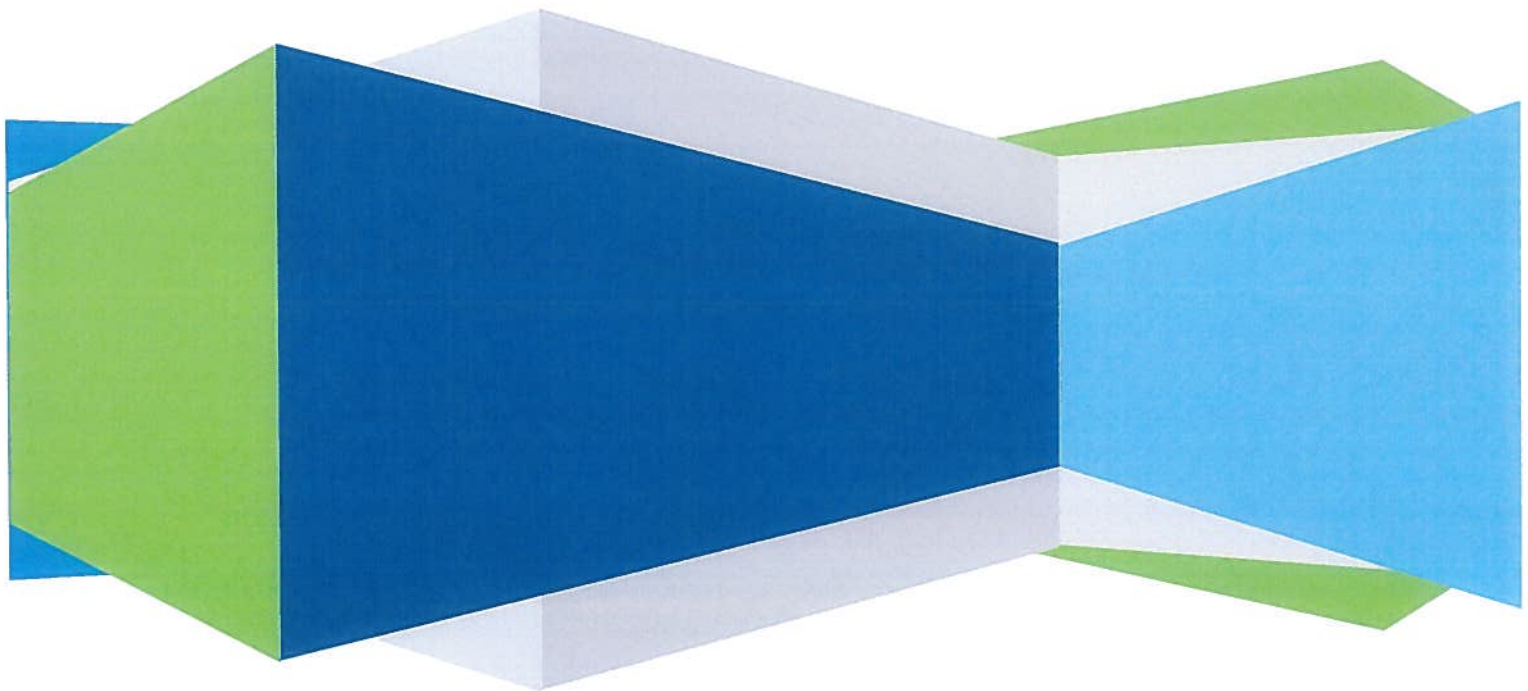
02/12/2015

Aprovado



[Handwritten signature]
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.
Conselho de Administração
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas – 1ª Revisão 2015



Índice

1. INTRODUÇÃO	3
2. ENQUADRAMENTO	3
2.1. Caracterização do CHLO	3
2.2. Missão	3
2.3. Visão	4
2.4. Valores	4
2.5. Código de Ética	5
2.6. Organização Geral	5
2.6.1. Organograma	7
2.6.2. Composição do Conselho de Administração	8
3. OS RISCOS	8
3.1. Conceito	8
3.2. Identificação dos Riscos nos Serviços	8
3.3. Caracterização dos Riscos por Serviços	9
4. CONTROLO E MONITORIZAÇÃO	97
5. ÁREAS CLÍNICAS	99

1. INTRODUÇÃO

O Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) foi criado pela Lei n.º 54/2008, de 4 Setembro e tem como objeto o desenvolvimento de uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

Em 1 de Julho de 2009, o Conselho de Prevenção da Corrupção aprovou a Recomendação n.º 1/2009 segundo a qual “os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, seja qual for a sua natureza, devem elaborar Planos de gestão de risco de corrupção e infrações conexas.”

Assim, dando cumprimento a esta recomendação o Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E (CHLO) aprovou o seu *Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas* em 30 de Julho de 2014.

2. ENQUADRAMENTO

2.1. Caracterização do CHLO

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. é um estabelecimento integrado no Serviço Nacional de Saúde, sendo uma pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, dotada de personalidade jurídica, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Integrou, por fusão, o Hospital de Egas Moniz, SA, o Hospital de Santa Cruz, SA e o Hospital de São Francisco Xavier, SA, os quais, situados em áreas físicas distintas, visam prosseguir, de forma integrada e coordenada, os objetivos do CHLO, EPE.

O Centro Hospitalar rege-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades previstas no Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro e nos Estatutos constantes dos anexos I e II a esse diploma, com as subsequentes alterações que lhe foram introduzidas, bem como pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que os não contrariem e pelo seu regulamento interno.

2.2. Missão

O CHLO tem como **missão** a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das Unidades Hospitalares que o integram, dando

execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovados.

Intervém de acordo com as áreas de influência e redes de referenciação, cumprindo os contratos – programa celebrados, em articulação com as instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde.

O CHLO desenvolve ainda atividades complementares como as de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional que rege a matéria dos processos de ensino - aprendizagem no domínio da saúde, sem prejuízo da celebração de contratos para efeitos de organização interna, repartição do investimento e compensação dos encargos que forem estipulados.

Nestas suas atividades, o CHLO estabelece ligação e atividades partilhadas com outras instituições de Saúde e de Ensino, em ações de complementaridade.

2.3. Visão

Na sua **visão**, o CHLO preocupa-se em ser reconhecido, pelo cidadão em geral, como uma unidade de prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno, que promova o desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde.

Da mesma forma, preocupa-se que o acionista o reconheça, como uma organização em que o aumento da eficiência e eficácia, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável é uma realidade, sem descorar a:

- Implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, para minimizar o impacto da hospitalização;
- Promoção da investigação clínica;
- Formação profissional pré e pós graduada.

2.4. Valores

No desenvolvimento de todas as suas atividades, o CHLO rege-se pelos seguintes **valores**:

- Humanização e não discriminação;
- Respeito pela dignidade individual de cada doente;
- Promoção da saúde na comunidade;

- Atualização face aos avanços da investigação e da ciência;
- Competência técnico-profissional;
- Ética profissional;
- Promoção da multidisciplinaridade;
- Respeito pelo ambiente.

2.5. Código de Ética

O combate à corrupção e infrações conexas transcende o processo de identificação de riscos, definição e implementação de medidas preventivas. Exige um compromisso de todos os dirigentes e trabalhadores do CHLO, que devem adotar comportamentos assentes nos valores de integridade, responsabilidade, transparência e isenção, observando os princípios e recomendações vertidos no Código de Ética do CHLO, designadamente no que respeita à matéria referente aos conflitos de interesses.

2.6. Organização Geral

O Centro Hospitalar organiza-se segundo um modelo que, sob a orientação e responsabilidade do órgão de administração, prevê, para além das unidades operacionais de natureza assistencial no domínio da prestação direta ou indireta de cuidados de saúde, níveis intermédios de gestão e unidades de tipo logístico para apoio e suporte às unidades de natureza assistencial, próprias de cada unidade hospitalar que o integra ou comuns a todas elas.

São unidades de natureza assistencial os serviços de ação médica e os centros especializados que sejam criados com a intenção de desenvolver novas áreas de atividade, promovendo nomeadamente a investigação nas áreas clínicas através de protocolos que incluam o financiamento dos projetos.

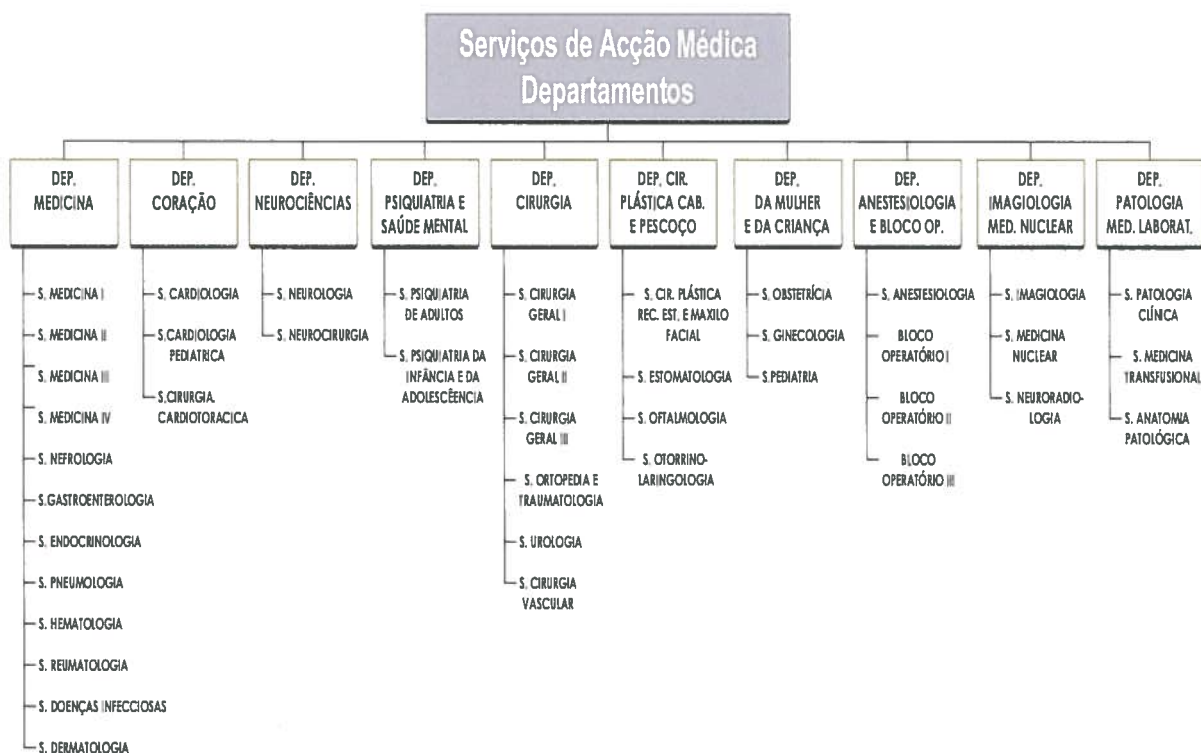
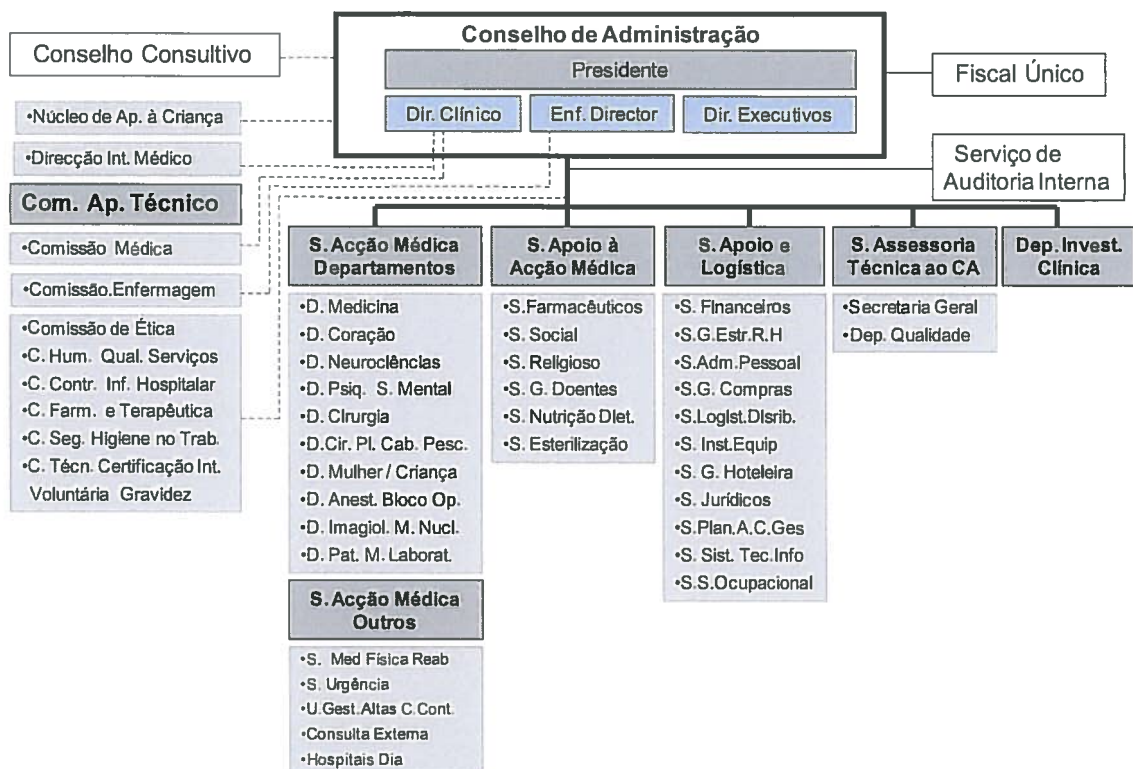
Os serviços de ação médica são configurados como áreas de prestação direta de cuidados, representando as linhas da produção final do Centro Hospitalar.

Os serviços de ação médica desenvolvem-se num plano horizontal, juntando competências afins em unidades funcionais tão homogéneas quanto possível, de modo a poderem corresponder e acompanhar, em cada momento, a evolução do conhecimento técnico-científico, dando resposta adequada, em qualidade, prontidão e eficiência, às situações com que se confrontam.

Os serviços de apoio à ação médica e os serviços de apoio geral e logística estruturam-se verticalmente, interpondo-se de modo flexível e oportuno no fluxo de doentes que se integram naquelas linhas de produção assistencial.

Existem ainda serviços de assessoria técnica ao Conselho de Administração, conforme se encontram definidos no Regulamento Interno do CHLO, EPE.

2.6.1. Organograma



2.6.2. Composição do Conselho de Administração

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar pode ser composto por um presidente e por um máximo de quatro vogais que exercem funções executivas, sendo um deles o diretor clínico e o outro, o enfermeiro-diretor. Para o triénio 2014-2016, foram nomeados para integrar o Conselho de Administração:

Presidente	Maria João Reis Silva Soares Pais
Vogal Executivo	Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva
Vogal Executivo	Carlos Manuel Mangas Catarino Galamba Oliveira
Diretora Clínica	Rita Perez Fernandez da Silva
Enfermeira-Diretora	Fernanda Maria Rosa

3. OS RISCOS

3.1. Conceito

Podemos definir “Risco”, à luz da própria conceção que o Tribunal de Contas adotou para o seu próprio Plano, como o evento, situação ou circunstância futura com probabilidade de ocorrência e potencial consequência positiva ou negativa na obtenção dos objetivos de uma entidade ou organização.

Assim, as organizações devem analisar os fatores de risco para cada área de atividade, equacioná-los e geri-los por forma a evitar acontecimentos que prejudicam os resultados da sua atividade e o seu normal funcionamento, protegendo as suas áreas de atuação e assegurando que presidam à sua ação princípios como os da segurança, da transparência, da isenção e da eficiência.

A gestão do risco é, assim, uma tarefa em constante evolução e desenvolvimento, que deve acompanhar permanentemente a definição das estratégias adotadas pela organização e a sua implementação concreta.

3.2. Identificação dos Riscos nos Serviços

A identificação dos riscos associados a cada serviço do Centro Hospitalar tem como objetivo conhecer a exposição a determinados fatores, que poderão colocar em causa a realização de determinado objetivo.

Assim, nos quadros juntos que, para todos os efeitos fazem parte integrante do presente Plano, identificam-se os riscos identificados por serviços.

3.3. Caracterização dos Riscos por Serviços

O CHLO considerou como tendo probabilidade de riscos os serviços seguintes:

Conselho de Administração;

Serviço de Auditoria Interna;

Serviço Jurídico e de Contencioso;

Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão;

Serviço de Gestão de Compras;

Serviço de Logística e Distribuição;

Serviço de Gestão Hoteleira;

Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação;

Serviço Financeiro;

Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos;

Serviço de Gestão de Doentes;

Serviço de Instalações e Equipamentos;

Secretaria - Geral;

Serviço de Transportes;

Serviços Farmacêuticos;

Espólio – Urgência Geral;

Áreas Clínicas

Órgão:	Conselho de Administração
Responsável:	Dra. Maria João Pais (Presidente)

Nº.	Natureza do risco	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente(s)
1	Estratégia	Risco de não propor/ não definir as linhas de orientação dos planos de ação anuais e plurianuais e respetivos orçamentos, bem como os demais instrumentos de gestão previsional legalmente previstos e assegurar a respetiva execução.	Baixa (Remota)	Alta	Obrigatoriedade de efetuar a Contratualização Interna, anual, de atividades, com cada um dos serviços; existência de um plano, anual, de reuniões individuais mantidas entre o Conselho de Administração (CA) e cada um dos Serviços onde é discutida e posteriormente contratualizada a atividade (que vai ser objeto de acompanhamento mensal); existência de instrumentos de controlo de gestão mensalmente executados para acompanhamento da atividade/planos/orçamentos.
	Estratégia	Risco de não celebrar contratos programa com a ARSLVT; risco de não manter atualizada a plataforma SICA	Baixa (Remota)	Alta	Existência de mecanismos de controlo por parte da ARSLVT; alertas automáticos de controlo de prazos.
	Estratégia	Risco de não definir as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento do hospital E. P. E. nas áreas clínicas e não clínicas, propondo a criação de novos serviços, sua extinção ou modificação; risco de não definir as políticas referentes a recursos humanos, incluindo as remunerações dos trabalhadores e dos titulares dos cargos de direção e chefia;	Baixa (Remota)	Alta	As tabelas salariais são as resultantes de diplomas legais, outros acréscimos estão previstos no Regulamento Interno do CHLO. Não existem delegações de competências que permitam autonomia na criação de novas áreas ou sectores sem a correspondente aprovação do Conselho de Administração.

Órgão:	Conselho de Administração
Responsável:	Dra. Maria João Pais (Presidente)

Nº.	Natureza do risco	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente (s)
2	Operações	Risco de não submeter a homologação do membro do governo responsável pela área da saúde o regulamento interno e fazer cumprir as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis.	Baixa (Remota)	Alta	Grande articulação com a Tutela; o CA recebe diariamente todas as alterações à lei com implicações nos hospitais EPE; Gabinete Jurídico acompanha de perto a atividade em geral, propondo/recomendando as ações necessárias ao CA.
	Operações	Risco de não acompanhar e avaliar sistematicamente a atividade desenvolvida pelo Centro Hospitalar, designadamente no que se refere à responsabilização dos demais diretores de serviço pela utilização adequada dos meios postos à sua disposição.	Baixa (Remota)	Média	O CHLO tem instituído, um modelo de governação descentralizado/gestão intermédia, negociação de objetivos /contratualização interna com os serviços clínicos e avaliação mensal destes.
	Operações	Risco de não acompanhar a execução do orçamento, aplicando as medidas destinadas a corrigir os desvios em relação às previsões realizadas; Risco de não exercer a devida competência em matéria disciplinar prevista na lei	Baixa (Remota)	Alta	Desenvolvimento de uma ferramenta Business Intelligence que faz o controlo mensal da atividade, compara com o orçamento, apura desvios. Os Diretores de Serviços são chamados a justificar os desvios sempre que o CA considera necessário e quando os mesmos acontecem apenas por razões intrínsecas.
	Operações	Risco de não definir as políticas e as boas práticas referentes a recursos humanos, incluindo decidir sobre a admissão e gestão do pessoal e as suas remunerações (dos titulares dos cargos de direção e chefia e dos trabalhadores em geral); risco de não controlar a realização de trabalho extraordinário e de prevenção dos trabalhadores, independentemente do seu estatuto, bem como autorizar o respetivo pagamento; risco de não fazer aprovar o regulamento disciplinar do pessoal e as condições de prestação e disciplina do trabalho, em particular, de não fazer aplicar todas as modalidades de regimes de trabalho legalmente admissíveis; Risco de não fazer exercer a competência em matéria disciplinar prevista na lei, independentemente da relação jurídica de emprego;	Média (Possível)	Média	Atividade desenvolvida pelo CA em estreita colaboração com as demais entidades responsáveis. Uniformização de políticas e práticas, de acordo com a Lei em vigor; acompanhamento de todos os processos; procedimentos de supervisão e controlo, com vista à garantia da não omissão de fatores relevantes (em conjunto com os especialistas); sujeição de todos os dirigentes a sanções quando identificados os incumprimentos e a Lei não é cumprida; publicação na intranet de deveres, direitos, responsabilidades; revisão anual da situação; avaliação sistemática dos níveis de segurança.
	Operações	Risco de exercício indevido da autoridade delegada ou abuso desse poder	Média (Possível)	Média	Identificação formal, por escrito, em todos os documentos corporativos, por recurso a assinatura pessoal dos elementos do CA, em todas as tomadas de decisão; Existência de sanções em caso de violação dos normativos legais, publicados em Diário da República.

Órgão:	Conselho de Administração
Responsável:	Dra. Maria João Pais (Presidente)

Nº.	Natureza do risco	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente(s)
3	Finanças	Risco de não tomar as providências necessárias à conservação do património afeto ao desenvolvimento da sua atividade e autorizar as despesas inerentes, previstas no plano de investimentos.	Baixa (Remota)	Média	Obrigatoriedade em manter os equipamentos e demais bens afetos à atividade em produção contínua, sob pena de grave prejuízo para os utentes; existência de níveis de alerta e comunicação para o CA das situações que urge resolver e tomar posição; Articulação entre os demais intervenientes (serviços/SIE/Património/CA).
	Finanças	Risco de não assegurar a regularidade da cobrança das dívidas e autorizar a realização do pagamento da despesa do Centro Hospitalar	Média (Possível)	Baixa	Estabelecimento de regras muito bem definidas de cobrança e controlo; sistema de sanções para o incumprimento; comunicação regular e atempada ao CA sobre os níveis de atraso nas cobranças

Órgão:	Conselho de Administração
Responsável:	Dra. Maria João Pais (Presidente)

Nº.	Natureza do risco	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
4	Gestão do conhecimento	Risco de perda de funcionários chave e, bem assim, de designação inadequada de pessoas para cargos de direção e chefia	Média (Possível)	Alta	Infelizmente o SNS não consegue concorrer com os atrativos que a Saúde Privada está a oferecer aos funcionários, especialmente a médicos. Quanto à designação inadequada de pessoas para cargos de chefia, o CA analisa com cuidado e ponderação toda e qualquer proposta de nomeação para minimizar esse risco.

Órgão:	Conselho de Administração
Responsável:	Dra. Maria João Pais (Presidente)

Nº.	Natureza do risco	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
5	Conformidade	Risco de não apresentar os documentos de prestação de contas, nos termos definidos na lei;	Baixa (Remota)	Alta	Política de sanções altamente penalizante para os responsáveis pela infração.
	Conformidade	Risco de não decidir sobre a realização de ensaios clínicos e terapêuticos, ouvida a comissão de ética, sem prejuízo do cumprimento das disposições aplicáveis	Baixa (Remota)	Baixa	Obrigatoriedade de resposta do CA a todos os pedidos de realização de ensaios clínicos; existência de uma política que fomente a existência de ensaios clínicos.
	Conformidade	Risco de não tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, se for caso disso, sobre as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes;	Baixa (Remota)	Baixa	Obrigatoriedade de um membro do CA rever toda e qualquer reclamação, solicitar aos respetivos serviços a justificação e, bem assim, enviar resposta escrita a todos os utentes que reclamam.
	Conformidade	Risco de favorecimento; risco de quebra de sigilo; risco de prestação de informação inadequada, em geral, no atendimento e no relacionamento com entidades terceiras partes	Baixa (Remota)	Baixa	Existência de estruturas hierarquizadas com diferentes níveis de decisão; Promoção de decisões em colégio; Existência de registos informáticos com acessos controlados por palavras-passe; Sistema informático que regista os utilizadores que acederam às diferentes aplicações; Existência de mecanismos legais de sanção em caso de incumprimento.
	Conformidade	Acumulação de funções; risco de utilização de recursos públicos em atividade privada; exercício de atividades não autorizadas ou, quando autorizada, efetuada em horário de trabalho; risco de não existência da declaração de conflito de interesses.	Baixa (Remota)	Média	Ratificação de atos praticados, elaboração de protocolos de acordo com os normativos legais; Existência de medidas de controlo de acesso e reporte; Obrigatoriedade de serem efetuadas declarações de incompatibilidade e impedimentos de titulares em cargos públicos; Realização de inspeções /auditorias/pedidos de informação realizados por instâncias superiores (Tribunal Constitucional, Tribunal de Contas, IGAS, IGF, etc.; Existência de sanções em caso de violação dos normativos legais;

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas – 1ª Revisão 2015

Serviço:	Serviço de Auditoria Interna
Atividade / Área:	Relatórios de Auditoria Interna
Responsável:	Etelvino Moucho Craveiro

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Que os relatórios elaborados, pela auditoria interna tenham pouca qualidade, isto é, que não espelhem os resultados / objetivos pretendidos.	Média (Possível)	Alta	O contínuo aperfeiçoamento das metodologias aplicadas nas várias etapas inerentes à elaboração dos relatórios de auditoria. Mediante a avaliação de forma isenta do referido em sede do contraditório quando devidamente fundamentada e credível (verídico) contrapondo ao que o relatório refere ou ignora.
Plano de Ação				
1	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
			Situação a)	Data de Envio à Comissão
	Aperfeiçoamento dos mecanismos / procedimentos de recolha e análise de todos os elementos de prova da auditoria e outros elementos de suporte.	Auditor Interno	Continuidade	
	Acompanhamento e avaliação sistemática das diferentes fases dos processos de auditoria.	Auditor Interno	Continuidade	
	Formação contínua com vista a uma maior eficácia no alcance dos objetivos de auditoria	Equipa	Continuidade	

Serviço:	Serviço de Auditoria Interna
Atividade / Área:	Acompanhamento das auditorias efetuadas - Follow-up (s)
Responsável:	Etelvino Moucho Craveiro

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Deficiente acompanhamento pelo Serviço de Auditoria Interna das recomendações aprovadas em relatórios de auditoria anteriores.	Média (Possível)	Média	Elencar todas as recomendações e os prazos estabelecidos (caso tenham sido definidos) para a implementação das mesmas e criar mecanismos que permitam de forma prática e eficaz controlar esse acompanhamento. Criação de matrizes específicas para cada auditoria com a informação necessária para o efeito.
2	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
	Incremento de regras de acompanhamento de acordo com os prazos estabelecidos para a implementação das recomendações	Auditor Interno	Prazos estabelecidos	Situação a) Data de Envio à Comissão

Serviço:	Serviço de Auditoria Interna
Atividade / Área:	Gestão de Riscos
Responsável:	Etelvino Moucho Craveiro

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
3	Deficiente avaliação e supervisão da execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (incluindo os de Gestão), provocando falhas no reporte.	Média (Possível)	Alta	Avaliação sistemática do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC) com a realidade ajustando-o consoante as situações que ocorrem e que não estavam previstas, bem como a inclusão de novos riscos face a implementação de novas áreas de atuação ou alteração de processos devido à dinâmica da organização e da implementação de novas políticas (internas e externas).
Plano de Ação				
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)		Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
				Data de Envio à Comissão
	Acompanhamento rigoroso da execução das medidas previstas no plano. Identificação de novas situações suscetíveis de gerarem novos riscos graves.	Auditor Interno	Anual	

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas – 1ª Revisão 2015

Serviço:	Serviço de Auditoria Interna
Atividade / Área:	Exercício ético e profissional das funções
Responsável:	Etelvino Moucho Craveiro

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
4	O incumprimento dos deveres funcionais e valores, tais como a independência, integridade, responsabilidade, transparência, objetividade, imparcialidade e confidencialidade.	Baixa (Remota)	Alta	Analisar e verificar se os procedimentos utilizados e a conduta dos colaboradores são concordantes com o estabelecido no Manual do SAI e no Código Deontológico dos Auditores. A atuação individual e coletiva em termos funcionais deve assentar nas boas práticas (regras/normas adequadas conjuntamente com a ética).
	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
			Situação a)	Data de Envio à Comissão
	Aplicabilidade do cumprimento das regras definidas no manual de procedimentos do SAI.	Auditor Interno	Anual	
	Verificação das medidas conducentes a prevenir a quebra de sigilo, designadamente quanto aos mecanismos de acesso e acompanhamento restrito dos processos, nas suas diferentes fases.	Auditor Interno	Anual	
Observância de orientações e procedimentos que garantam a prevenção e o cumprimento dos princípios e valores éticos.	Auditor Interno	Anual		
Verificação da aplicabilidade do Código Deontológico dos Auditores - o respeito das normas e conduta- boas práticas inerentes o exercício das funções do auditor interno	Auditor Interno	Anual		

Serviço:	Serviço de Auditoria Interna
Atividade / Área:	Competências Técnicas
Responsável:	Etelvino Moucho Craveiro

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Inadequação do perfil técnico, inadequado e comportamental para o exercício das funções.	Média (possível)	Alta	Este binómio, componente técnica e comportamental é crucial para o desempenho de qualquer atividade, com especial destaque na função de auditor, sendo inadequado pode ser fatal ou comprometer para o desempenho da função e do serviço. Há que promover todos os esforços no sentido de colmatar este tipo de situações, através da partilha de conhecimentos, formação contínua e adequada, ajustamento dos colaboradores às funções, aplicação de técnicas de motivação, metodologias de liderança individual e/ou coletiva.
5				
Plano de Ação				
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
			Situação a)	Data de Envio à Comissão
Partilha de conhecimentos, experiências e obtenção de conhecimentos técnicos.	SAI/Equipa	Anual		
Motivação individual e coletiva (equipa)	Auditor Interno	Anual		
Adequação das necessidades formativas ao perfil exigido	Auditor Interno	Anual		
Verificação do comportamento individual e coletivo no exercício das funções em cada tipo de ação (auditoria).	Auditor Interno	Anual		

Serviço:	Serviço de Auditoria Interna
Atividade / Área:	Receção e Comunicação de Irregularidades
Responsável:	Etelvino Moucho Craveiro

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Omissão da informação comunicada (não dar conhecimento ao CA e ao GCCI segundo a Instrução n.º 3/2013 de 28 de fevereiro de 2013). Tratamento inadequado. Não exercer o dever de tratar a informação recebida de forma confidencial e não garantir o anonimato do seu autor quando este manifeste essa vontade.	Baixa (Remota)	Alta	A comunicação de irregularidades deverá ser feita diretamente ao Serviço de Auditoria Interna via e-mail de acesso exclusivo deste e através de correspondência com a menção de confidencialidade conforme consta no Regulamento de Comunicação de Irregularidades. Existência de uma matriz em Excel para efetuar o controlo desta informação contendo as seguintes colunas: Nº da comunicação, Data da comunicação, Data da receção pelo SAI, Modo de Transmissão, ações desenvolvidas, Comunicação à IGAS caso se justifique, A situação de cada caso, Solicitação de esclarecimentos pela IGAS e informação prestada ao CA.
6				
Plano de Ação				
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
			Situação a)	Data de Envio à Comissão
Comunicação das irregularidades em tempo útil, isto é, de forma imediata à ocorrência das situações irregulares ou após a tomada de conhecimento das mesmas.	SAI	Anual		
Desencadeamento das ações adequadas a cada caso logo após o conhecimento das situações pelos serviços com competências para o efeito com a autorização do CA.	SAI	Anual		

Serviço:	Serviço de Auditoria Interna
Atividade / Área:	Gestão da Informação
Responsável:	Etelvino Moucho Craveiro

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)	
	Prática de atividades não autorizadas, de comprometimento da isenção e de imparcialidade exigidas no desempenho das funções e participação em atividades ou relações tais, que possam estar em conflito com os interesses da organização e beneficiando da informação para fins pessoais ou para outras entidades.	Baixa (Remota)	Alta	Os colaboradores do Serviço de Auditoria Interna devem pautar a sua atuação de acordo com as regras normas e procedimentos definidos no Manual de Procedimentos do SAI, de acordo com as normas internacionais de auditoria e respeitando o estipulado no Código de Ética e no Regulamento Interno do CHLO.	
	Dar a conhecer, divulgar ou fornecer a terceiros informação não autorizada, desrespeitando um dos princípios da conduta dos auditores que é a confidencialidade (Dever de Sigilo).	Baixa (remota)	Alta	Os colaboradores do Serviço de Auditoria Interna devem pautar a sua atuação de acordo com as regras, normas e procedimentos definidos no Manual de Procedimentos do SAI, de acordo com as normas internacionais de auditoria e respeitando o estipulado no Código de Ética e no Regulamento Interno do CHLO.	
7					
Plano de Ação					
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)		Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
Adoção de medidas que visem certificar se a atividade desenvolvida pelos colaboradores do SAI visa apenas e somente os interesses do CHLO (Prevenção dos conflitos de interesses). Avaliação se a conduta/ comportamento e postura perante as funções que lhe são confinadas são desenvolvidas com honestidade, ética e integridade prestigiando o seu trabalho e dignificando-se a si próprios.		Auditor Interno	Continuidade		
Verificar e controlar se os colaboradores do SAI agem com discrição (sigilo), empenho, ética, retidão e transparência, salvaguardando o seu bom nome e a boa imagem do serviço.		Auditor Interno	Continuidade		

Serviço:	Serviço Jurídico e Contencioso
Atividade / Área:	Jurídica e de Contencioso
Diretor de Serviço:	Aida Ferraria

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente(s)
	Pedidos de declaração de incobrabilidade de dívidas por prestação de cuidados de saúde com fundamentação insuficiente	Baixa	Baixo	Apreciação dos juristas e, sempre que possível, com despacho confirmativo da Diretora do Serviço
Plano de Ação				
1	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
	Descrição o mais detalhada possível sobre os fundamentos da incobrabilidade da dívida	Juristas e Diretora do serviço	Implementado	

Serviço:	Serviço Jurídico e Contencioso
Atividade / Área:	Jurídica e de Contencioso
Diretor de Serviço:	Aida Ferraria

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Utilização indevida de informação sigilosa relativa a utentes, trabalhadores, Órgãos e Serviços do Centro Hospitalar	Baixa	Baixo	Acompanhamento da Diretora de Serviços e/ou dos juristas, das situações alvo de risco
Plano de Ação				
2	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
				Data de Envio à Comissão
	Sensibilização e alertas mais frequentes sobre a matéria referente ao segredo profissional, com indicação clara das consequências disciplinares e outras relevantes para o efeito	Diretora do Serviço com a colaboração dos juristas	Implementado	
	Restrição de acesso aos dados mais sensíveis aos trabalhadores que intervêm diretamente no tratamento dos mesmos	Diretora do Serviço	Implementado	

Serviço:	Serviço Jurídico e Contencioso
Atividade / Área:	Jurídica e de Contencioso
Diretor de Serviço:	Aida Ferraria

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Favorecimento indevido de terceiros na emissão de pareceres jurídicos ou na instrução de processos de inquérito ou de natureza disciplinar.	Baixa	Baixo	Informação intermédia da Diretora de Serviços para submissão dos mesmos à consideração superior ou intervenção posterior da mesma, propondo ao CA a alteração da nomeação do instrutor
3	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
	Sensibilização e alertas mais frequentes sobre a matéria referente ao dever de isenção, com indicação clara das consequências disciplinares e outras relevantes para o efeito	Diretora do Serviço com a colaboração dos juristas	Implementado	Situação a) Data de Envio à Comissão

Serviço:	Serviço Jurídico e Contencioso
Atividade / Área:	Jurídica e de Contencioso
Diretor de Serviço:	Aida Ferraria

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
4	Possibilidade de existência de conflitos de interesses por parte dos advogados do CHLO, EPE na representação do mesmo em ações judiciais instauradas por terceiros ou propostas pelo CHLO, EPE contra estes.	Baixa	Baixo	Acompanhamento e avaliação das peças processuais e das informações apresentadas pelos Advogados por parte dos juristas do Serviço
Plano de Ação				
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)		Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
Distribuição dos processos por cada Advogado com prévia avaliação de eventual conflito de interesses		Diretora do Serviço com a colaboração dos juristas	Implementado	Situação a) Data de Envio à Comissão

Serviço:	Planeamento, Análise e Controlo de Gestão
Atividade / Área:	Reporte de Informação Institucional
Diretor de Serviço:	Mahomed Tayob

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Incumprimento dos prazos instituídos de reporte de informação	Baixa	Alto	Alerta das aplicações informáticas. Cronograma do Plano de Atividades do Serviço
Plano de Ação				
1	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
				Data de Envio à Comissão
	Monitorização regular da informação constante nas aplicações informáticas internas com as de âmbito oficial "SONHO" e outras aplicações existentes nos Serviços	Diretores do SPACG e SSTI	Em curso	
	Recolha e fornecimento atempado da informação junto dos diversos Serviços do CHLO.	Diretores do SPACG e dos respetivos Serviços	Em curso	

Serviço:	Planeamento, Análise e Controlo de Gestão
Atividade / Área:	Contrato Programa ACSS/ARSLVT
Diretor de Serviço:	Mahomed Tayob

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Desvio da estimativa da valorização mensal da Produção no âmbito do Contrato Programa	Baixa	Alto	Comparação homóloga e análise da evolução histórica da Valorização da Produção
Plano de Ação				
2	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Aperfeiçoamento e contínua atualização da informação constante nas aplicações informáticas	Diretores do SPACG e SSTI	Em curso	
	Registo apurado e atempado do movimento Assistencial	S. Gestão de Doentes	Em curso	

Serviço:	Planeamento, Análise e Controlo de Gestão
Atividade / Área:	Apoio Técnico ao Órgão de Administração
Diretor de Serviço:	Mahomed Tayob

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Qualidade da informação prestada e do apoio técnico ao Conselho de Administração	Baixa	Moderado	Validação da informação por 2 elementos do Serviço. Acompanhamento e supervisão da atividade pelo dirigente.
Plano de Ação				
3	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
				Data de Envio à Comissão
	Melhoramento da informação constante nas aplicações informáticas	Diretores do SPACG e SSTI	Em curso	
	Solicitação e recolha atempada da informação a outros serviços internos e externos	Diretor do SPACG	Em curso	

Serviço:	Planeamento, Análise e Controlo de Gestão
Atividade / Área:	Informação e Apoio Técnico aos Serviços do CHLO
Diretor de Serviço:	Mahomed Tayob

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Qualidade da informação prestada e do apoio técnico a outros Serviços do Centro Hospitalar	Baixa	Baixo	Validação da informação por 2 elementos do Serviço. Acompanhamento e supervisão da atividade pelo dirigente.
Plano de Ação				
4	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Melhoramento da informação constante nas aplicações informáticas	Diretores do SPACG e SSTI	Em curso	
	Solicitação e recolha atempada da informação a outros serviços internos e externos	Diretor do SPACG	Em curso	

Serviço:	Planeamento, Análise e Controlo de Gestão
Atividade / Área:	Informação Para o Exterior
Diretor de Serviço:	Mahomed Tayob

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Qualidade da informação enviada/submetida para instituições exteriores	Baixa	Moderado	Validação da informação/estudo por 2 elementos do Serviço. Acompanhamento e supervisão da atividade pelo dirigente.
Plano de Ação				
5	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
				Data de Envio à Comissão
	Verificação e conciliação de informações similares já elaboradas e/ou enviadas anteriormente.	SPACG	Em curso	
	Melhoramento da informação constante nas aplicações informáticas	Diretores do SPACG e SSTI	Em curso	

Serviço:	Planeamento, Análise e Controlo de Gestão
Atividade / Área:	Documentação
Diretor de Serviço:	Mahomed Tayob

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Extravio de documentos por ação humana ou causas naturais	Baixa	Baixo	Arquivo material e desmaterializado dos documentos. Verificação periódica do estado dos documentos mais importantes.
Plano de Ação				
6	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
	Backup documental na rede informática	Diretores do SPACG e SSTI	Em curso	Situação a) Data de Envio à Comissão
	Alerta atempado do espaço disponível na rede	Diretores do SPACG e SSTI	Em curso	

Serviço:	Planeamento, Análise e Controlo de Gestão
Atividade / Área:	Responsabilidade Profissional
Diretor de Serviço:	Mahomed Tayob

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Quebra dos deveres funcionais tais como a responsabilidade, transparência, objetividade, imparcialidade e confidencialidade.	Baixa	Baixo	Acompanhamento e supervisão de todas as atividades por parte do dirigente.
7	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
	Observância de orientações e mecanismos que garantam o cumprimento dos princípios estabelecidos na Missão e Objetivos do CHLO	SPACG	Em curso	Situação a) Data de Envio à Comissão

Serviço:	Planeamento, Análise e Controlo de Gestão
Atividade / Área:	Contratualização Interna
Diretor de Serviço:	Mahomed Tayob

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Desarticulação com os Serviços no processo de Contratualização Interna	Baixa	Baixo	Adoção de procedimentos articulados entre o SPACG, Administradores Hospitalares/Gestores de apoio e Diretores dos Serviços, que incluem objetivos partilhados
8	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
	Utilização das aplicações informáticas no processo de Contratualização Interna, bem como na sua monitorização. Homogeneização dos outputs das diversas fontes de informação.	Diretores do SPACG e Serviços envolvidos e Administradores Hospitalares / Gestores afetos ao Serviço, bem como o SSTI.	Em curso	Situação a) Data de Envio à Comissão

Serviço:	Serviço de Gestão de Compras
Atividade / Área:	Aquisições
Diretor de Serviço:	Susana Teotónio Pereira

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Violação de deveres funcionais e valores como independência, integridade, transparência, responsabilidade e imparcialidade	Baixa	Elevado	Existência de manual de procedimentos e respetiva divulgação
1	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
	Elaboração, aprovação e divulgação do manual de procedimentos	Diretor/Chefia Intermédia		Situação a) Data de Envio à Comissão
				Executado

Serviço:	Serviço de Gestão de Compras
Atividade / Área:	Aquisições
Diretor de Serviço:	Susana Teotónio Pereira

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)			
2	Solicitação de aquisição de bens/serviços/obras desadequados às necessidades da Instituição	Baixa	Elevado	Segregação de funções (quem faz o pedido, quem avalia e quem autoriza)			
	Plano de Ação						
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização			
	Implementação de um sistema estruturado de avaliação das necessidades	CA/DSGC		<table><tr><th>Situação a)</th><th>Data de Envio à Comissão</th></tr><tr><td>Em Execução</td><td></td></tr></table>	Situação a)	Data de Envio à Comissão	Em Execução
Situação a)	Data de Envio à Comissão						
Em Execução							

Serviço:	Serviço de Gestão de Compras
Atividade / Área:	Aquisições
Diretor de Serviço:	Susana Teotónio Pereira

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Favorecimento de fornecedores	Baixa	Elevado	Utilização da plataforma eletrónica e da sua lista de fornecedores como referência
Plano de Ação				
3	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
				Data de Envio à Comissão
	Utilização da plataforma eletrónica e da sua lista de fornecedores como referência, no maior número de procedimentos	Todos os colaboradores		Em Execução
	Integração de todas as apresentações espontâneas de fornecedores numa base de dados	Todos os colaboradores	1º Semestre de 2016	Em Execução

Serviço:	Serviço de Gestão de Compras
Atividade / Área:	Aquisições
Diretor de Serviço:	Susana Teotónio Pereira

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Cadernos de encargos pouco claros, incompletos ou discriminatórios	Baixa	Elevado	Existência de manual de procedimentos e respetiva divulgação
Plano de Ação				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
4	Validação pelas comissões de avaliação técnica das cláusulas técnicas e cadernos de encargos	Todos os colaboradores	Contínuo	Em Execução
	Envolvimento de pelo menos duas pessoas na elaboração das especificações técnicas	Responsáveis pelas áreas	Contínuo	Em Execução
	Acompanhamento e supervisão do trabalho desenvolvido pelos funcionários pelos responsáveis dos sectores	Responsáveis pelas áreas	Contínuo	Em Execução

Serviço:	Serviço de Logística e Distribuição
Atividade / Área:	Armazéns
Diretor de Serviço:	Susana Teotónio Pereira

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Conluio entre fornecedores e colaboradores dos armazéns	Baixa	Baixo	Contagens periódicas e Inventário de final de ano; Diferentes níveis de conferência de existências; Promoção da segregação de funções
1	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
	Contagens periódicas e Inventário de final de ano;	DSLD	Mensal e Anual	Situação a) Data de Envio à Comissão Em Execução

Serviço:	Serviço de Logística e Distribuição
Atividade / Área:	Armazéns
Diretor de Serviço:	Susana Teotónio Pereira

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)	
	Apropriação indevida de existências por colaboradores ou terceiros	Baixa	Baixo	Restrições de acesso físico aos armazéns; Contagens periódicas e Inventário de final de ano; Promoção da segregação de funções	
Plano de Ação					
2	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
	Projeto de implementação de controlo de acesso aos armazéns (Ex. Videovigilância)	DSLD/CA	1º Semestre de 2016	Em Execução	

Serviço:	Serviço de Logística e Distribuição
Atividade / Área:	Armazéns
Diretor de Serviço:	Susana Teotónio Pereira

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)	
	Movimentos de existências não registados ou não controlados nos armazéns e/ou nos serviços	Baixa	Médio	Conferência diária dos movimentos de existências; Contagens periódicas e Inventário de final de ano; Acompanhamento periódico da atividade pelas chefias	
Plano de Ação					
3	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
	Projeto para reorganização dos serviços com criação de armazéns avançados, assegurando um controlo rigoroso das existências	Diretor do Serviço	12 meses	Em Execução	

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas – 1ª Revisão 2015

Serviço:	Serviço de Gestão Hoteleira
Atividade / Área:	Rouparia/Lavandaria
Diretor/Responsável de Serviço:	Dr. António Félix

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
1	Riscos de conformidade:			
	Incumprimento dos horários de entrega da roupa tratada	Média	Médio	Acompanhamento presencial das entregas de roupa tratada e da roupa suja. Monitorização diária da roupa rececionada. Exigir os testes microbiológicos trimestrais à roupa tratada, por organismo devidamente certificado.
	Incumprimento dos horários de recolha da roupa suja	Média	Médio	
	Deficiente tratamento da roupa hospitalar.	Média	Médio	
	Riscos operacionais:			
	Erros nas pesagens da roupa suja e limpa	Média	Médio	Pesagens diárias da roupa, em balanças adequadas e calibradas, presenciadas e registadas por colaborador do CHLO.
	Diminuição do tempo de vida útil da roupa hospitalar por inutilização precoce.	Média	Médio	Análise do processo de lavagem da Lavandaria (o descrito em proposta vs resultados práticos)
	Furtos/desaparecimento de roupa	Alta	Alto	Balanço anual de roupa nova. Comparação dos pesos entre roupa suja e limpa (diferença aceite 6%).

1

Plano de Ação			
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
			Situação a) Data de Envio à Comissão
Realização de auditorias internas com inquéritos de satisfação.	SGH	Trimestralmente	
Realização de vistorias/visitas à lavandaria de forma aleatória.	SGH	Trimestralmente	
Campanha de sensibilização para o uso sustentado da roupa hospitalar pelos serviços	SGH	Trimestralmente	
Elaborar lista de entidades receptoras de doentes transferidos, contactá-las trimestralmente para recuperação de roupa do CHLO que indevidamente aí tenha ficado retida.	SGH	Trimestralmente	

Serviço:	Serviço de Gestão Hoteleira
Atividade / Área:	Limpeza
Diretor/Responsável de Serviço:	Dr. António Félix

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)	
2	Riscos de conformidade:				
	Incumprimento dos horários previstos	Alta	Alto	Monitorização direta (SH) e indireta (Chefias de Enfermagem) dos horários e colaboradores previstos em CE. Auditorias abrangente à execução prevista no CE. Entrega mensal do registo de ponto dos colaboradores da empresa.	
	Incumprimento do quadro de pessoal previsto em CE	Alta	Alto		
	Não fornecimento dos consumíveis em quantidade e qualidade	Alta	Alto	Monitorização direta e indireta, por serviços, e áreas públicas.	
	Riscos operacionais:				
	Metodologias de limpeza prevista em CE	Média	Médio	Realização de auditorias internas.	
	Obrigatoriedade de uso de sinalética, de alerta de perigo - piso molhado, nas áreas em processo de higienização.	Média	Médio	Monitorização diária pelos SH	
Plano de Ação					
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)		Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
			Situação a)	Data de Envio à Comissão	
	Realização de auditorias internas com periodicidade mais curta	SGH	Quadrimestral		
	Facultar a cada serviço a parte do Caderno de Encargos que lhe diz respeito	SGH	Anual		
	Análise das Reclamações ao Gabinete do Utente e pedido de responsabilidade à prestadora	SGH	Por reclamação, no prazo de 3 dias úteis após receção. Relatório Anual.		

Serviço:	Serviço de Gestão Hoteleira
Atividade / Área:	Resíduos
Diretor/Responsável de Serviço:	Dr. António Félix

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Riscos de conformidade:			
	Incumprimento dos horários previstos.	Alta	Alto	Monitorização direta (SH) e indireta (Chefias de Enfermagem) dos horários e colaboradores previstos em CE. Auditorias abrangentes à execução prevista no CE.
	Incumprimento do quadro de pessoal previsto em CE.	Alta	Alto	
	Não fornecimento dos recipientes de recolha e transporte em quantidade e condições de higiene.	Alta	Alto	Monitorização direta e indireta, por serviços, e ecoponto.
	Riscos operacionais:			
	Erros nas pesagens dos resíduos, por grupo	Moderada	Moderado	Pesagens diárias dos resíduos produzidos, presenciadas e registadas por colaborador do CHLO e da SUCH, em balanças adequadas e calibradas
3				
Plano de Ação				
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
			Situação a)	Data de Envio à Comissão
Realização de auditorias internas transversais (ecoponto, serviços, equipamentos e pessoal), por equipa multidisciplinar, com presença da SUCH.	SGH	Trimestralmente		
Formação aos colaboradores do CHLO, pela SUCH e pelo Serviço de Formação do CHLO	SGH	Anual		
Registo de incidentes (por más práticas, contentores mal higienizados e mal fechados, incumprimentos diversos que originam reclamação) e respetiva resolução.	SGH	Por reclamação interna, no prazo de 3 dias úteis após receção. Relatório Anual.		

Serviço:	Serviço de Gestão Hoteleira
Atividade / Área:	Alimentação
Diretor/Responsável de Serviço:	Dr. António Félix

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)	
4	Riscos de conformidade:				
	Incumprimento do quadro de pessoal previsto em CE	Alta	Alto	Monitorização direta (SH e Serviço de Dietética) dos horários e colaboradores previstos em CE. Auditorias abrangentes à execução prevista no CE.	
	Incumprimento na quantidade e qualidade da palamenta envolvida em todo o processo de confeção e consumo das refeições.	Alta	Alto		
	Má higienização e não cumprimento das regras HACCP do espaço e equipamentos hoteleiros	Alta	Alto		
	Riscos operacionais:				
Incumprimentos dos horários de distribuição das refeições, com responsabilidade do prestador	Média	Médio	Monitorização diária pelos AO's e Enfermagem de cada serviço utilizador, e Serviço de Nutrição e Dietética.		
	Erros e trocas de refeições, por doente	Média	Médio	Colaborador do CHLO, a monitorizar e apoiar na linha de empratamento	
Plano de Ação					
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)		Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
	Realização de auditorias internas transversais, por equipa multidisciplinar	SGH	Trimestral		
	Análise das Reclamações ao Gabinete do Utente, e dos Serviços, sendo pedido responsabilidade à prestadora	SGH e Gabinete de Dietética	Por reclamação, no prazo de 3 dias úteis após receção. Relatório Anual.		
	Implementação de registo biométrico, por unidade	SGH monitoriza a colocação do registo	Durante o prazo de um mês, após assinatura do contrato.		

Serviço:	SSTI-Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação
Atividade / Área:	Sistemas de Informação
Diretor de Serviço:	Jorge Pedroso

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Permitir acesso a consulta e manipulação de dados informáticos.	Média	Médio	Acessos dados somente por pedido dos responsáveis de serviço, via e-mail para o Help Desk da informática. Alguns dados mais críticos o permitir o acesso é feito a dois níveis, no SSTI e no próprio serviço que gere a aplicação.
Plano de Ação				
1	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
				Data de Envio à Comissão
	Implementar auditorias internas trimestrais, para analisar as permissões de dados informáticos	SSTI	8 meses	Executado e Enviado à Comissão 22-09-2015
	Divisão das tarefas internas no SSTI, de maneira a haver mais de um elemento a intervir no processo de dar permissões aos dados informáticos	SSTI	6 meses	Executado e Enviado à Comissão 22-09-2015

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas – 1ª Revisão 2015

Serviço:	Serviços Financeiros
Atividade / Área:	Pagamento de Despesas
Diretor de Serviço:	Maria Lurdes Santos Carvalho Teodósio

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	Monitorização	
					Situação a)	Data de Envio à Comissão
1	Pagamentos diferentes da dívida em conta corrente	Baixa	Alto	Segregação de funções; Responsabilização das funções inerentes a cada profissional através do acompanhamento e supervisão das mesmas		
	Adiantamentos a Fornecedores	Alta	Médio	Autorização exclusiva para situações que coloquem em causa o funcionamento do serviço, e.g. não fornecimento de medicamentos		
	Plano de Ação					
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução			
	Conferências mensais e anuais da informação produzida	Diretor Financeiro	Mensal e Anual	Em Execução		
	Não efetuar pagamentos sem a reconciliação da conta corrente efetuada	Diretor Financeiro	Mensal	Em Execução		
	Circularização anual de saldos	Técnico Oficial de Contas	Anual	Em Execução		
	Reconciliação bancária mensal	Técnico Oficial de Contas	Mensal	Em Execução		
	Conferências mensais da rubrica de adiantamentos	DF/TOC	Mensal	Em Execução		

Serviço:	Serviços Financeiros
Atividade / Área:	Cobrança de Receita
Diretor de Serviço:	Maria Lurdes Santos Carvalho Teodósio

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
2	Recebimentos diferentes da dívida em conta corrente	Alta	Alto	Segregação de funções; Responsabilização das funções inerentes a cada profissional através do acompanhamento e supervisão das mesmas	
	Atribuição de isenção de Taxas Moderadoras	Baixa	Alto	Restrição de acessos muito rigorosa. Segregação de Funções	
	Prescrição da Faturação	Alta	Alto	Segregação de funções; Responsabilização das funções inerentes a cada profissional através do acompanhamento e supervisão das mesmas	
	Plano de Ação				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
	Anulação/Ajustamento de receita, registadas apenas com autorização do Conselho de Administração	CA/Diretor Financeiro	Periodicamente	Em Execução	
	Circularização anual de saldos	Técnico Oficial de Contas	Anual	Em Execução	
	Reconciliação bancária mensal	Técnico Oficial de Contas	Mensal	Em Execução	
	Análise Semanal das isenções atribuídas por colaborador	Diretor Financeiro	Semanal	Em Execução	
	Análise Mensal da Antiguidade da Dívida e respetivo acompanhamento da mesma	Diretor Financeiro/Responsável da área	Mensal	Em Execução	

Serviço:	Serviços Financeiros
Atividade / Área:	Tesouraria
Diretor de Serviço:	Maria Lurdes Santos Carvalho Teodósio

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
3	Desvio de Fundos: 1 - Correspondência incorreta entre o NIB e a entidade a pagar. 2 - Transferência/pagamento do valor diferente do autorizado	Baixa	Alto	Verificação mensal de todas as alterações efetuadas às tabelas e aos movimentos
	Apropriação indevida de valores. Justificação da entrega de valores à ESEGUR	Baixa	Alto	Restrições de acesso físico à Tesouraria Central
	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
	Restrição de acesso ao Modulo das Tabelas	Diretor Financeiro	Implementado	Executado
	Segregação de funções, entre quem processa e autoriza, quem processa não autoriza	Diretor Financeiro	Implementado	Executado
	Implementação de um sistema de videovigilância na Tesouraria Central	CA/DF	6 meses	Em Execução

Serviço:	Serviços Financeiros
Atividade / Área:	Serviços Financeiros
Diretor de Serviço:	Maria Lurdes Santos Carvalho Teodósio

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Quebra de sigilo ou de outros deveres funcionais e valores, tais como a integridade, responsabilidade, imparcialidade e prossecução do interesse público.	Baixa	Alto	Responsabilização das funções inerentes a cada profissional através do acompanhamento e supervisão das mesmas
Plano de Ação				
4	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Implementação de plano de integração para cada posto de trabalho	DF/ Responsáveis pelas áreas	Até ao final do ano 2015	Em Execução
	Conhecimento de todos os colaboradores do Código de Ética do CHLO	Diretor Financeiro e coordenadores	Implementado	Executado

Serviço:	Serviços Financeiros
Atividade / Área:	Património
Diretor de Serviço:	Maria Lurdes Santos Carvalho Teodósio

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Ocorrência de desvios/roubos de equipamentos	Média	Alto	Responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda
Plano de Ação				
5	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
				Data de Envio à Comissão
	Reavaliação período das normas e procedimentos internos, de modo a reforçar as medidas de prevenção de riscos e infrações conexas	Coordenadora da área	Periódico	Em Execução
	Parque de Equipamentos: armazém em local vedado de equipamentos mais apetecíveis	Coordenadora da área	Implementado	Em Execução

Serviço:	Serviços Financeiros
Atividade / Área:	Património
Diretor de Serviço:	Maria Lurdes Santos Carvalho Teodósio

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Abates sem autorização	Baixa	Alto	Elaboração de Manual de procedimentos sobre Abate de Equipamento
Plano de Ação				
6	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
				Data de Envio à Comissão
	Elaboração, aprovação e divulgação do manual de procedimentos	Coordenadora da área / SIE	31.12.2014	Executado
	Todos os bens propostos para abate terão de ter autorização do Conselho de Administração	Coordenadora da área / SIE	Mensal	Executado

Serviço:	Serviços Financeiros
Atividade / Área:	Património
Diretor de Serviço:	Maria Lurdes Santos Carvalho Teodósio

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Ofertas ao Centro Hospitalar, com eventual apropriação ou utilização indevida dos bens	Baixa	Alto	Verificação, através de controlo interno, do cumprimento das normas de procedimentos internos
Plano de Ação				
7	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Inventariação dos bens doados no sistema informático, com a respetiva autorização do CA e reunindo todos os pressupostos referente ao processo de doação de bens.	Coordenadora da área	Periódico	Executado
	Controlo trimestral dos equipamentos afetos a alguns centros de custos selecionados aleatoriamente	Coordenadora da área	Trimestral	Em Execução

Serviço:	Serviços Financeiros
Atividade / Área:	Contabilidade
Diretor de Serviço:	Maria Lurdes Santos Carvalho Teodósio

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Diferenças de Stocks entre a Contabilidade e o Serviço de Aprovisionamento	Média	Médio	Contagens Físicas Intercalares
8				
Plano de Ação				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Implementação de contagens físicas intercalares numa base de amostragem ou de forma rotativa	Técnico Oficial de Contas	Trimestral	Em Execução

Serviço:	Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos
Atividade / Área:	Recursos Humanos
Diretor de Serviço:	Isabel Elisiário

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Risco de quebra dos deveres de transparência no Processo de Recrutamento e Seleção	Média	Médio	Verificação integral do cumprimento de todas as fases constantes no Manual de Recrutamento e Seleção existente no CHLO.
Plano de Ação				
1	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
				Data de Envio à Comissão
	Nomeação de Júris diferenciados para cada procedimento;	Técnico Responsável pelo Recrutamento e Seleção no CHLO		Em Execução
	Demonstração inequívoca da necessidade de contratação de elementos (calculado de necessidades tendo por base rácios e formulas publicadas) e obrigatoriedade de existência da respetiva autorização de contratação pelo CA.	Direção de Serviço		Em Execução

Serviço:	Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos
Atividade / Área:	Mobilidade e Cadastro
Diretor de Serviço:	Isabel Elisiário

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Alteração irregular de contratos de trabalho a termo incerto por falta de sistema de alerta, provocando a passagem automática a sem termo.	Baixa	Alto	Controlo rigoroso exercido pelo responsável pela gestão dos contratos.
Plano de Ação				
2	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
				Data de Envio à Comissão
	Verificação mensal das situações contratuais em questão	Técnica Coordenadora da área		Em Execução
	Demonstração inequívoca da necessidade de contratação de elementos (cálculo de necessidades tendo por base rácios e formulas publicadas) e obrigatoriedade de existência da respetiva autorização de contratação pelo CA.	Direção de Serviço		Em Execução

Serviço:	Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos
Atividade / Área:	Vencimentos e Cadastro
Diretor de Serviço:	Isabel Elisiário

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Risco de incorreção no registo de informação na base de Dados de Pessoal (RHV). Informação incorreta ou desatualizada.	Média	Médio	Verificação de todas as alterações (criação, alteração e eliminação), devidamente autorizadas e corretamente atualizadas no respetivo sistema (RHV).
3	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
	Conferencia na altura do pré-processamento e cruzamento de Informação através de Listagem mensal.	Coordenadora Técnica da área e Técnica da área de GRH	Mensal	Situação a) Data de Envio à Comissão
				Em Execução

Serviço:	Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos
Atividade / Área:	Vencimentos
Diretor de Serviço:	Isabel Elisiário

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Sistema de suporte à gestão de Recursos Humanos (RHV). Processo de pré-processamento salarial	Baixa	Alto	Verificação mensal e análise dos desvios dos vários códigos de abono relativamente aos meses anteriores.
4	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Análise comparativa, dos valores mensais processados (Folha de calculo com monitorização dos diferentes códigos)	Direção de Serviço	Mensal	Em Execução

Serviço:	Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos
Atividade / Área:	Assiduidade e SISQUAL
Diretor de Serviço:	Isabel Elisiário

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Processo de Registo da Assiduidade e utilização inadequada do registo biométrico (Registo através de Sistema biométrico - SISQUAL)	Baixa	Média	Monitorização de erros antes e após processamento e aferição mensal dos registos inadequados.
5				
Plano de Ação				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
				Data de Envio à Comissão
	Cumprimento das normas de procedimento interno que constam no manual de procedimentos.	Assistentes Técnicas da área de assiduidade		Em Execução
	Identificação das situações incorretas, com conhecimento superior	Técnica Sisqual	Mensal	Em Execução

Serviço:	Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos
Atividade / Área:	Vencimentos
Diretor de Serviço:	Isabel Elisiário

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Processamento indevido de abonos e descontos	Baixa	Alto	Segregação de Funções, submissão de todos os abonos extraordinários a aprovação superior, conforme competência estabelecida. Submissão de todos os descontos (não oficiais) à aprovação dos colaboradores.
6	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
	Cumprimento do referido e tomada de conhecimento de documento escrito	Vencimentos	Mensal	Situação a) Data de Envio à Comissão
				Executado

Serviço:	Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos
Atividade / Área:	Mobilidade e carreiras
Diretor de Serviço:	Isabel Elisiário

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Incumprimento dos prazos que se referem a licenças sem vencimento	Média	Médio	Listagem do SAG/RHV com todas as licenças sem vencimento, controlo manual
7	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
				Data de Envio à Comissão
	Verificação caso a caso dos respetivos prazos de duração	Coordenadora Técnica do setor	Mensal	Em Execução

Serviço:	Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos
Atividade / Área:	Vencimentos
Diretor de Serviço:	Isabel Elisiário

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Incumprimento do prazo de decisão do CA relativamente dos processos de Acumulação de funções (90 dias)	Alta	Alto	Cumprimento do procedimento estabelecido relativamente aos processos de acumulação de funções de acordo com a legislação.
8				
Plano de Ação				
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)		Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Verificação do cumprimento dos prazos de acordo com a legislação	Coordenadora técnica do setor e Direção de Serviço	Mensal	Executado

Serviço:	Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos
Atividade / Área:	Formação
Diretor de Serviço:	Isabel Elisiário

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Processo de Gestão da Formação	Média	Médio	Análise/verificação anual dos indicadores de formação (Nº formandos/grupo profissional; taxa de participação).
9				
Plano de Ação				
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)		Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Promoção de atividades de formação, no âmbito das necessidades identificadas, que reduzam possíveis assimetrias	Tec. Superior - Ana Cristina Alves	1 ano	Em Execução

Serviço:	Serviço Gestão Doentes
Atividade / Área:	Urgência / S.O.
Diretor de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
1	Termo de Responsabilidade (exame requisitado ao exterior) favorecimento de uma entidade/profissionais do CHLO que trabalhem nessas entidades. Não utilização parcial da capacidade instalada recursos humanos e físico.	Média	Baixo	Circuito muito "apertado", raramente o médico escolhe a clínica onde o utente realiza o exame. Hierarquia de autorizações: médico (prescritor), Diretor Serviço, assistente técnico verifica os acordos/contratos, Direção serviço MCDT's prenuncia-se sobre a incapacidade de realização no Centro; CA autoriza. Mensalmente DSGD elabora relatórios MCDT'S mais frequentes e clínicas para onde foram.
Plano de Ação				
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)		Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
Concurso ou negociação de preços em todas as áreas com nº de pedidos que justifique. Acompanhamento dos serviços que mais requisitam. Designação de secretariados que farão o confronto mensal entre os pedidos feitos e as clínicas contratadas.		Serviço Compras SGD Admin. Área MCDT		1ª parte concluída / A implementar em abril 2015
				Data de Envio à Comissão

Serviço:	Serviço Gestão Doentes
Atividade / Área:	Urgência / S.O.
Diretor de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
2	Recebimento de taxas moderadoras no momento da admissão, colocam o dinheiro num envelope e no final do turno (20h e 08h) extraem a folha de caixa, confirmam o valor e guardam o mesmo em local fechado. Durante o turno da manhã entregam os mesmos no Serviço Financeiro.	Média	Alto	Envelopes guardados em local fechado. Dupla conferência dos valores por Serviços diferentes: Serviço Gestão Doentes (Admissão Doentes) e Serviços Financeiros (Tesouraria). Verificação no início de cada turno se os fundos de maneiio estão completos.
Plano de Ação				
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)		Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
Obrigatoriedade de conferência em cada mudança de turno, que as duas caixas mantêm o fundo maneiio estipulado (25,00€/caixa) duas caixas na SUG e duas no SUOG. Obrigatoriedade de cada turno entregar os valores nos SF se aberto ou no cofre com ranhura existente no SGD sob responsabilidade dos próprios		Dra. Isabel Cabral Chefias SGD Coordenação do SU	Diário	Situação a) Data de Envio à Comissão Circuito a definir

Serviço:	Serviço Gestão Doentes
Atividade / Área:	Urgência / S.O.
Diretor de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
3	Acesso dos doentes ao Hospital - favorecimento de familiares e amigos, eventualidade de realização de atos médicos não registados.	Baixa	Baixo	As prescrições médicas implicam registo em ficha de urgência, sensibilização dos profissionais no sentido de agirem corretamente.
	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
	Manual de Procedimentos	Dra. Isabel Cabral Chefias SGD	Já concluído	Situação a) Data de Envio à Comissão Enviado à comissão Março 2012

Serviço:	Serviço Gestão Doentes
Atividade / Área:	Urgência / S.O.
Diretor de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Abuso de poder no contato com os utentes porque se detém informações importantes.	Baixa	Baixo	Manual de boas práticas, Formação.
4	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Manual de Procedimentos	Dra. Isabel Cabral Chefiar SGD	Já concluído	Enviado à comissão Março 2012

Serviço:	Serviço Gestão Doentes
Atividade / Área:	Urgência / S.O.
Diretor de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
	Quebra de sigilo, acesso às informações clínica, manuseamento do PC	Baixa	Médio	Cada vez menos provável com a Implementação do Processo Clínico Eletrónico, Formação.
5	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Manual de Procedimentos	Dra. Isabel Cabral Chefias SGD	Já concluído	Enviado à comissão Março 2012

Serviço:	Serviço Gestão Doentes
Atividade / Área:	Urgência / S.O.
Diretor de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente (s)
6	Quando ocorre um óbito é solicitado aos familiares que se dirijam ao hospital, quando os mesmos perguntam se conhecem alguma funerária existe risco de favorecimento.	Média	Alto	Nunca devem dar indicação ainda que solicitados. Medidas de controlo interno.
Plano de Ação				
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)		Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
Manual de Procedimentos		SGD	Manual executado em novembro 2014	Situação a) Data de Envío à Comissão
				Em aprovação

Serviço:	Serviço de Gestão de Doentes
Atividade / Área:	UHGIC (Unidade Hospitalar de Gestão Inscritos para Cirurgia)
Diretor de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Favorecimento de doentes na ordem da LIC	Baixa	Médio	Monitorização de todos os serviços cirúrgicos, alertando para as desconformidades (ordem de prioridade + ordem cronológica).
Plano de Ação				
1	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Manual de Procedimentos e boas práticas	Dra. Isabel Cabral	Procedimentos UHGIC	Aprovado em CA a 16 de outubro 2014

Serviço:	Serviço de Gestão de Doentes
Atividade / Área:	UHGIC (Unidade Hospitalar de Gestão Inscritos para Cirurgia)
Diretor de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
	Tráfico de influência / pressão que influencia a resolução cirúrgica de um doente face a outros	Média	Médio	Formação; procedimentos; manuais boas práticas. A influência que se exerce é sempre no sentido de proteger os doentes e a Instituição de penalizações.	
2					
Plano de Ação					
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)		Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
Manual de Procedimentos e boas práticas		Dra. Isabel Cabral	Procedimentos UHGIC	Aprovado em CA a 16 de outubro 2014	

Serviço:	Serviço de Gestão de Doentes
Atividade / Área:	UHGIC (Unidade Hospitalar de Gestão Inscritos para Cirurgia)
Diretor de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)																
	Tráfico de influência externo e suborno induzindo doentes para determinados clínicos / hospitais do sector convencionado	Baixa	Baixo	Manual boas práticas, impedimento de indicar apenas uma clínica, sobretudo se os médicos trabalham na Instituição, monitorização das transferências e vales cirúrgicos.																
3	<table><tr><th colspan="4">Plano de Ação</th></tr><tr><th rowspan="2">Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)</th><th rowspan="2">Responsável</th><th rowspan="2">Prazo de Execução</th><th colspan="2">Monitorização</th></tr><tr><th>Situação a)</th><th>Data de Envio à Comissão</th></tr><tr><td>Manual de Procedimentos e boas práticas</td><td>Dra. Isabel Cabral</td><td>Procedimentos UHGIC</td><td>Aprovado em CA a 16 de outubro 2014</td><td></td></tr></table>				Plano de Ação				Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização		Situação a)	Data de Envio à Comissão	Manual de Procedimentos e boas práticas	Dra. Isabel Cabral	Procedimentos UHGIC	Aprovado em CA a 16 de outubro 2014	
Plano de Ação																				
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização																	
			Situação a)	Data de Envio à Comissão																
Manual de Procedimentos e boas práticas	Dra. Isabel Cabral	Procedimentos UHGIC	Aprovado em CA a 16 de outubro 2014																	

Serviço:	Serviço de Gestão de Doentes
Atividade / Área:	UHGIC (Unidade Hospitalar de Gestão Inscritos para Cirurgia)
Diretor de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Informação ao doente não estar completa/esclarecedora	Alta	Baixo	Formação; manual de boas práticas; interação com os serviços cirúrgicos.
4	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Manual de Procedimentos e boas práticas	Dra. Isabel Cabral	Procedimentos UHGIC	Aprovado em CA a 16 de outubro 2014

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas – 1ª Revisão 2015

Serviço:	Serviço de Gestão de Doentes
Atividade / Área:	Internamentos/Consultas externas
Diretor de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
1	Termo de Responsabilidade (exame requisitado ao exterior) favorecimento de uma entidade/profissionais do CHLO que trabalhem nessas entidades. Não utilização parcial da capacidade instalada recursos humanos e físico.	Média	Baixo	Circuito "apertado", raramente o médico escolhe a clínica. Hierarquia de autorizações: médico (prescritor);Diretor Serviço (valida);Assistente Técnico (verifica os acordos/contratos), Direção serviço MCDT's prenuncia-se sobre a incapacidade de realização no CHLO; CA autoriza. Periodicamente DSGD elabora relatórios MCDT'S + frequentes e clínicas onde foram realizados. Manual de procedimentos administrativos (em execução). Controlo mensal e aleatório dos requisitos pelo SGD. O Departamento de Imagiologia faz controlo diário de MCDT por médico executante; define e publicita a capacidade instalada por exame e tempo médio de espera. No laboratório todos os pedidos ao exterior são verificados pela DS, a qual assume ainda o seu envio para o exterior quando a capacidade instalada não o permite. O mesmo se passa com os exames da Medicina Nuclear. Todos os MCDT'S enviados ao exterior passaram pelo DS que "potencialmente" os executa.
Plano de Ação				
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)		Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
Concurso ou negociação de preços em todas as áreas com nº de pedidos que justifique. Acompanhamento dos serviços que mais requisitam		Serviço Compras SGD Admn. Área MCDT	Anual	Situação a) Data de Envio à Comissão
				Em vigor ainda o concurso realizado no ano 2014, mas já realizado procedimento ao nível do SC
				?

Serviço:	Serviço de Gestão de Doentes
Atividade / Área:	Internamentos/Consultas externas
Diretor de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
2	Recebimento de taxas moderadoras: risco de entrega de valores incorretos aos serviços financeiros.	Média	Baixo	Envelopes guardados em local fechado. Dupla conferência dos valores por Serviços diferentes: Serviço Gestão Doentes (Admissão Doentes) e Serviços Financeiros (Tesouraria), os quais não recebem se o valor não coincidir com a folha do SIH. Pelas medidas e procedimentos aprovados, todos os funcionários foram advertidos que a diferença de valores é assumida por cada um (Manual já aprovado).
Plano de Ação				
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)		Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
Proposta ao CA de aquisição de cofres amovíveis. Promoção da entrega diária do dinheiro.		Dra. Isabel Cabral Chefias SGD / CA		Situação a) Data de Envio à Comissão
				Aquisição de cofres - parte já executada. Recomendação do IGAS: Cofres individuais e personalizados em execução
				Manual aprovado em 11 de fevereiro 2015

Serviço:	Serviço de Gestão de Doentes
Atividade / Área:	Internamentos/Consultas externas
Diretor de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Acesso dos doentes ao Hospital - favorecimento de familiares e amigos, eventualidade de realização de atos médicos não registados.	Baixa	Baixo	As prescrições médicas implicam registo do ato, sensibilização dos profissionais no sentido de agirem corretamente. O acesso aos cuidados de saúde é crescentemente efetuado através de SIH'S intercomunicantes.
3	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Manual de Procedimentos	Dra. Isabel Cabral Chefias SGD	Já concluído	Aprovado em CA a 27 de novembro de 2014

Serviço:	Serviço de Gestão de Doentes
Atividade / Área:	Internamentos/Consultas externas
Diretor de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Abuso de poder no contato com os utentes porque se detêm informações importantes.	Média	Médio	Manual de boas práticas, Formação. Análise de reclamações com medidas completas. Rotatividade de pessoal.
4	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
	Manual de procedimentos	Dra. Isabel Cabral Chefias SGD	Já concluído	Situação a) Data de Envio à Comissão
				Rotatividade de pessoal constante Aprovado em CA a 27 de novembro de 2014

Serviço:	Serviço de Gestão de Doentes
Atividade / Área:	Internamentos/Consultas externas
Diretor de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
	Quebra de sigilo, acesso às informações clínica, manuseamento do PC	Baixa	Baixo	Cada vez menos provável com a Implementação do Processo Clínico Eletrónico, formação e interdição de atribuição de perfis de acesso à informação clínica. Cumprimento do sigilo profissional.	
5	Plano de Ação				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
	Processo Clínico eletrónico	SSTI/DC/DM/SGD/ CPCE	Em execução	Parcialmente implementado	Em aprovação

Serviço:	Serviço de Gestão de Doentes
Atividade / Área:	Internamentos/Consultas externas
Diretor de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
6	Quando ocorre um óbito é solicitado aos familiares que se dirijam ao hospital, quando os mesmos perguntam se conhecem alguma funerária existe risco de favorecimento.	Média	Alto	Nunca devem dar indicação ainda que solicitados. Manual de procedimentos.
Plano de Ação				
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)		Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
Manual de procedimentos		SGD	Manual executado em novembro 2014	Situação a) Data de Envio à Comissão Em aprovação

Serviço:	Serviço de Instalações e Equipamentos
Atividade / Área:	Empreitadas e manutenção
Diretor de Serviço:	Rogério Santos

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Avaliação de projetos técnicos elaborados por especialistas externos	Baixa	Alto	a) Verificação se os concorrentes a um determinado projeto, não têm, ou tiveram, qualquer ligação direta ou indireta ao CHLO; b) Verificação de que as cláusulas técnicas definidas no caderno de encargos não reportam a qualquer marca ou denominação comercial.
Plano de Ação				
1	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
				Data de Envio à Comissão
	Assegurar que os concorrentes não tenham qualquer tipo de envolvimento, direto ou indireto, na elaboração das peças de um procedimento de uma empreitada de obra pública.	Diretor do SIE	Executado	
	Assegurar a transparência das cláusulas técnicas do caderno de encargos de uma empreitada de obra pública.	Diretor do SIE	Executado	

Serviço:	Serviço de Instalações e Equipamentos
Atividade / Área:	Empreitadas e manutenção
Diretor de Serviço:	Rogério Santos

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
2	Acompanhamento e Fiscalização de empreitadas de obras públicas	Baixa	Alto	a) Enquadramento dos trabalhos a mais de acordo com a legislação atual e em vigor efetuado pela fiscalização externa, validado pelo coordenador do SIE e posteriormente submetido à aprovação do CA através de informação; b) Verificação dos autos de trabalhos mensais, devidamente validados pela fiscalização, onde é garantida a qualidade e quantidade dos trabalhos executados, antes da validação das respetivas faturas; c) Execução de vistoria ao local dos trabalhos anteriormente à validação da receção provisoria / definitiva.
	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
			Situação a)	Data de Envio à Comissão
	Assegurar a correta fundamentação de trabalhos de natureza imprevista, “trabalhos a mais”, caso existam, justificando que estes não podem ser tecnicamente separáveis do objeto do contrato sem inconveniente grave para o dono de obra, ou, embora separáveis, sejam estritamente necessários à conclusão da obra.	Diretor do SIE	Executado	
	Realizar vistoria para efeitos de receção provisoria e definitiva em consonância com os pressupostos definidos na legislação atual e em vigor.	Diretor do SIE	Executado	

Serviço:	Serviço de Instalações e Equipamentos
Atividade / Área:	Prestações de Serviços
Diretor de Serviço:	Rogério Santos

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Acompanhamento e monitorização de prestação de serviços	Baixa	Alto	a) Verificação e avaliação mensal das diversas prestações de serviços.
3				
Plano de Ação				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Assegurar a qualidade e quantidade dos serviços prestados.	Diretor do SIE	Executado	

Serviço:	Serviço de Instalações e Equipamentos
Atividade / Área:	Aquisições de materiais e equipamentos
Diretor de Serviço:	Rogério Santos

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Adequação dos materiais e equipamentos a adquirir	Alta	Baixo	a) Pedidos verificados pela chefia
Plano de Ação				
4	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
	Rubrica do coordenador em todos os pedidos do SIE	Diretor do SIE	Executado	
	Na escolha dos equipamentos estará sempre envolvido o SIE	Diretor do SIE	6 meses	Em Execução

Serviço:	Serviço de Instalações e Equipamentos
Atividade / Área:	Articulação com o Núcleo de Património
Diretor de Serviço:	Rogério Santos

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Contribuir para que o equipamento existente coincida com o equipamento registado no Património	Alta	Baixo	a) Potencializar a aplicação existente
Plano de Ação				
5	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Situação a)
	Verificação se na aplicação existente o equipamento existente tem nº de património	Diretor do SIE	6 meses	Em execução
	Sempre um equipamento vai reparar, verificar nº de Património	Diretor do SIE	6 meses	Em Execução
	Verificar se o serviço que pede uma reparação é o detetor patrimonial do equipamento	Diretor do SIE	6 meses	Em Execução
	Avisar o património de todas as discrepâncias encontradas para regularização	Diretor do SIE	6 meses	Em Execução

Serviço:	Transportes
Atividade / Área:	Transportes
Responsável:	Sra. Enfermeira Fernanda Rosa (CA)

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente(s)
1	Utilização das viaturas fora dos circuitos definidos	Baixa	Média	Controlo dos Km's percorridos a ser efetuado por controlo eletrónico por recurso a aplicação de gestão de frotas com GPS
	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Aquisição de Software de Gestão de Frotas	Conselho de Administração	1 ano (12 meses)	Em Execução

Serviço:	Transportes
Atividade / Área:	Transportes
Responsável:	Sra. Enfermeira Fernanda Rosa (CA)

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo (s) de Controlo Interno Existente(s)
2	Condução inadequada	Baixa	Alto	Rondas aleatórias por parte do coordenador

Serviço:	Transportes
Atividade / Área:	Transportes
Responsável:	Sra. Enfermeira Fernanda Rosa (CA)

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Atrasos significativos	Média	Alto	Controlo por parte dos Secretariados dos serviços requisitantes e reporte ao Serviço de Transportes que diligencia no sentido das necessárias correções; Sanções para os infratores
Plano de Ação				
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)		Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
3	Revisão do Regulamento de Gestão de Vagas	Direção Clínica	60 dias	
	Aquisição de Software de Gestão de Frotas	Conselho de Administração	1 ano (12 meses)	
	Alteração de Circulação Rodoviária e circuitos para transferências no HEM	Conselho de Administração	Início do Próximo ano	
	Envolvimento de Assistentes Operacionais para acompanhamento dos utentes quando se deslocam às consultas e a MCDT's no exterior nas viaturas do CHLO	Conselho de Administração	Início do Próximo ano	

Serviço:	Transportes
Atividade / Área:	Transportes
Responsável:	Sra. Enfermeira Fernanda Rosa (CA)

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Risco de falha de conferência de documentos (faturas e demais comprovativos)	Baixa	Média	Conferência de extratos. Controlo das médias do consumo de combustível e outros gastos por viatura, através da análise dos registos efetuados em mapas internos que poderá ser melhorado com recurso a meios eletrónicos.

4

Plano de Ação				
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
			Situação a)	Data de Envio à Comissão
Aquisição de Software de Gestão de Frotas	Conselho de Administração	1 ano (12 meses)		

Serviço:	Transportes (ST)
Atividade / Área:	Transportes
Responsável:	Sra. Enfermeira Fernanda Rosa (CA)

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
5	Risco de não ter documentos justificativos dos transportes efetuados aos serviços ou dos gastos inerentes ao Serviço de Transportes.	Baixa	Média	O ST não realiza transportes sem ter o documento de requisição do respetivo serviço, inclusive nos transportes de materiais sem ter o nº de guia obtido do Portal das Finanças pelos serviços requisitantes.

Serviço:	Transportes
Atividade / Área:	Transportes
Responsável:	Sra. Enfermeira Fernanda Rosa (CA)

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
6	Risco de utilização indevida das viaturas, por parte de terceiros não autorizados.	Baixa	Alto	Nas viaturas atribuídas ao serviço de Transportes é feito o cruzamento das requisições com os Km's percorridos e o registo do levantamento e entrega de chaves das viaturas. Contudo, o controlo poderá ser melhorado com o recurso a meios eletrónicos.
	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
	Aquisição de Software de Gestão de Frotas	Conselho de Administração	1 ano (12 meses)	Situação a) Data de Envio à Comissão

Serviço:	Transportes
Atividade / Área:	Transportes
Responsável:	Sra. Enfermeira Fernanda Rosa (CA)

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
7	Risco da não uniformização da aplicação das normas e demais orientações e gerar favorecimento de terceiros, em detrimento de outros.	Baixa	Baixo	Implementação da Plataforma Eletrónica de Serviço de Gestão do Transporte de Doentes (SGTD)
	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
	Entrada em vigor da Plataforma Eletrónica de Serviço de Gestão do Transporte de Doentes (SGTD)	Conselho de Administração	Em curso	Situação a) Data de Envio à Comissão

Serviço:	Transportes
Atividade / Área:	Transportes
Responsável:	Sra. Enfermeira Fernanda Rosa (CA)

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)			
8	Risco de redução de qualidade do serviço a prestar, pelo facto de o CHLO estar dependente de terceiros prestadores.	Baixa	Média	Possibilidade de recorrer a várias entidades externas e não a uma única. Possibilidade de introdução e utilização da Plataforma Eletrónica de Serviço de Gestão do Transporte de Doentes (SGTD)			
	Plano de Ação						
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização			
	Utilização da Plataforma Eletrónica de Serviço de Gestão do Transporte de Doentes (SGTD)	Conselho de Administração	Em curso	<table><tr><th>Situação a)</th><th>Data de Envio à Comissão</th></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	Situação a)	Data de Envio à Comissão	
Situação a)	Data de Envio à Comissão						

Serviço:	Secretaria - Geral
Atividade /Área:	Comunicação e Imagem
Diretor do Serviço:	Dra. Alexandra Flores

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Dispersão da informação veiculada para os órgãos de comunicação social.	Média	Médio	Centralização da informação na assessoria de imprensa do CHLO.
1				
Plano de Ação				
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)		Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Elaboração, aprovação e divulgação de manual de procedimentos	Diretor de Serviço	2º Trimestre 2015	Em Execução

Serviço:	Secretaria - Geral
Atividade / Área:	Comunicação e Imagem
Diretor de Serviço:	Dra. Alexandra Flores

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
	Acesso de visitas aos serviços - favorecimento de visitas e acompanhantes fora dos horários estabelecidos	Baixa	Baixo	Cumprimento das normas de acesso aos serviços de internamento.	
Plano de Ação					
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)		Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
	Elaboração, aprovação e divulgação do regulamento de visitas.	Diretor de Serviço	2º Trimestre de 2015	Em Execução	

Serviço:	Secretaria - Geral
Atividade / Área:	Gabinete do Cidadão
Diretor de Serviço:	Dra. Alexandra Flores

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Envio de respostas aos reclamantes fora do prazo previsto pela lei (10 dias úteis)	Média	Médio	Informação e sensibilização dos diretores de serviço. Envio de alertas periódicos.
3				
Plano de Ação				
Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)		Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Divulgação da legislação em vigor.	Diretor de Serviço	Executado	

Serviço:	Secretaria - Geral
Atividade / Área:	Receção / Atendimento ao Público
Diretor de Serviço:	Dra. Alexandra Flores

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Acesso de utentes ao serviço de Urgência Geral - favorecimento para realização de atos médicos sem registo.	Baixa	Baixo	Para emissão de receitas, observação ou realização de exames, os utentes são sempre encaminhados para a Admissão de Doentes do Serviço de Urgência para registo do ato médico.
4	Plano de Ação			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Elaboração, aprovação e divulgação do manual de procedimentos.	Diretor de Serviço	2º Trimestre de 2015	Em Execução

Serviço:	Serviços Farmacêuticos
Atividade / Área:	Armazenamento de medicamentos e produtos farmacêuticos
Diretor de Serviço:	Maria de Fátima de Palhares Falcão

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Apropriação indevida de existências por colaboradores ou terceiros	Média	Baixo	Existência de câmaras de videovigilância no HEM e HSFX. Contagem periódica de existências
Plano de Ação				
1	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
				Data de Envio à Comissão
	Renovar pedido de arranjo das câmaras que não se encontram a funcionar no HSFX	Erica Viegas	Imediato	
	Renovar pedido de arranjo das câmaras que não se encontram a funcionar no HEM	Helena Farinha	Imediato	
	Pedido de aquisição de câmaras de videovigilância para os SF do HSC.	Ana Mirco	Imediato	

Serviço:	Urgência Geral
Atividade / Área:	Espólio
Diretor de Serviço:	Dr.ª Micaela Monteiro

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Quebra de sigilo profissional a que todo o pessoal técnico está sujeito	Baixa	Baixo	Análise das reclamações e propostas concretas.
Plano de Ação				
1	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
				Data de Envio à Comissão
	Manual de Boas Práticas	O Próprio	Sempre	Em execução
	Avaliação de Desempenho com base nas reclamações dirigidas aos profissionais	Chefia SU	Anualmente	Em execução

Serviço:	Urgência Geral
Atividade / Área:	Espólio
Diretor de Serviço:	Dr.ª Micaela Monteiro

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Apropriação indevida de material hospitalar por colaboradores ou terceiros	Alta	Alto	Identificar por observação direta as faltas de material. Contagem diária e reposição de acordo com listagem existente;
Plano de Ação				
2	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Contagem Diária realizada pelos Assistentes Operacionais do sector	Assistente Operacional Responsável pelo Armazém	Em Curso	Em execução
	Revisão das Listagens de contagem do material	Chefia SU	Anualmente	Em execução

Serviço:	Urgência Geral
Atividade / Área:	Espólio
Diretor de Serviço:	Dr.ª Micaela Monteiro

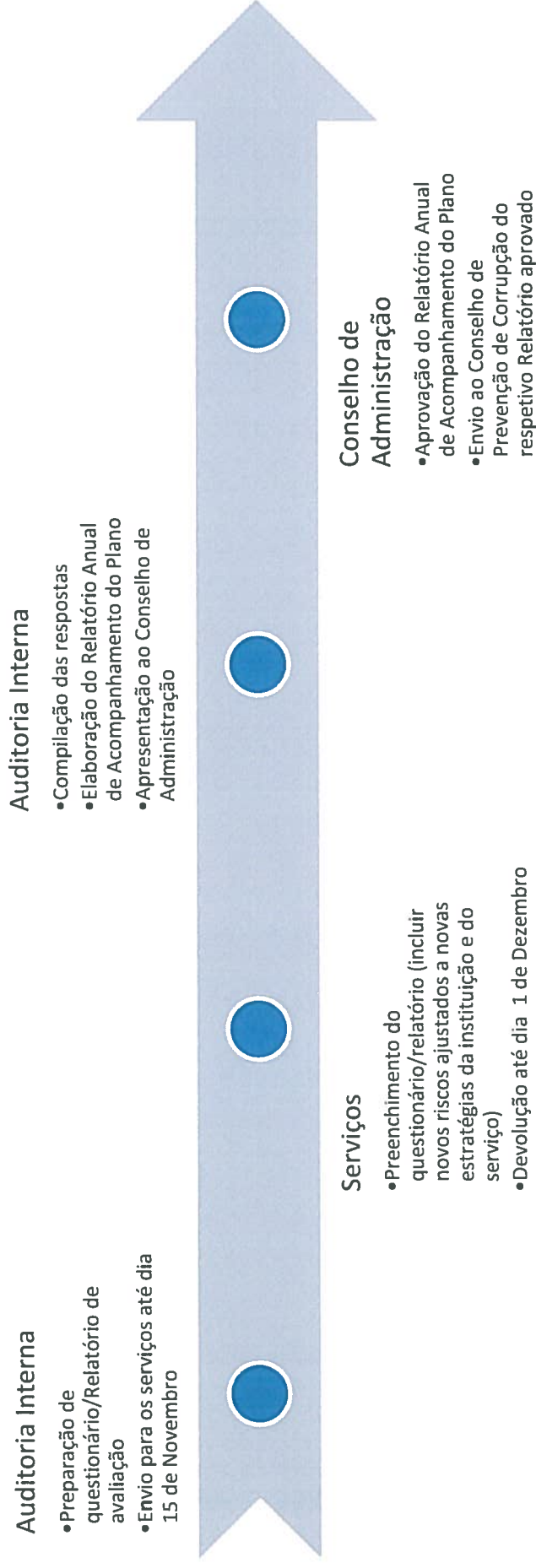
Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
	Ocorrência de roubos/desvios de pertences dos utentes	Alta	Alto	Identificar por observação direta os valores que os utentes trazem e solicitar que os mesmos sejam acondicionados ou guardados por pessoa significativa.
Plano de Ação				
3	Medidas de Melhoria (Preventiva/Corretiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Controlo na passagem de turno de ocorrências no espólio	Assistente Operacional Responsável pelo Espólio	Em Curso	Em execução
	Norma de Realização de Espólios (aguarda-se aprovação do CA)	Chefia SU	Anualmente	Em execução

4. CONTROLO E MONITORIZAÇÃO

A monitorização e controlo do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas é da responsabilidade do Serviço de Auditoria Interna e deve fazer parte do Plano Anual de Auditoria Interna.

A sua revisão deve ser efetuada anualmente, após consulta aos serviços, acompanhando os riscos existentes e incluindo novos riscos indicados pelos serviços.

De forma sintetizada, o processo deverá percorrer as seguintes fases:



5. ÁREAS CLÍNICAS

I – PREVENÇÃO DA CORRUPÇÃO NAS ÁREAS CLÍNICAS DO CHLO

1. Introdução

Em 2014 foi publicado o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO). Na sequência de recomendações emanadas do Conselho de Prevenção da Corrupção e do Tribunal de Contas, foi decidido englobar a atividade dos serviços clínicos no Plano de Prevenção da Corrupção do CHLO, em reunião do Conselho de Administração datada de 25 de Fevereiro de 2015.

2. Objetivos gerais da prevenção da corrupção nas áreas clínicas do CHLO

Com a implementação do PPRCIC, pretendeu-se reduzir o risco da ocorrência de atos ilícitos decorrentes da prática de corrupção por parte de profissionais da instituição. A importância pedagógica das ações de prevenção encontra-se consubstanciada na implementação regular de processos de auditoria.

3. Identificação dos pontos críticos na prevenção da corrupção nas áreas clínicas do CHLO

Foram identificados alguns aspetos que poderão constituir situações de risco de corrupção. Esses aspetos foram caracterizados em termos da probabilidade da sua ocorrência e da gravidade do risco respetivo.

4. Atividades a monitorizar no âmbito da prevenção do risco de corrupção

- a. Prevenção da corrupção na contratação pública de aquisição de bens, produtos de consumo hospitalar, dispositivos médicos, serviços externos ou empreitadas.
- b. Violação do sigilo profissional na divulgação na comunicação social de dados confidenciais de doentes, mediante compensação financeira de profissionais da instituição.
- c. Corrupção na cedência de informação do falecimento de doentes a agências funerárias.
- d. Prevenção da corrupção em concursos públicos de provimento. Prevenção do tráfico de influências. Implementação do respeito pelos princípios da legalidade, da imparcialidade, da transparência e da justiça.
- e. Favorecimento ilícito de doentes no acesso a meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica do CHLO, em detrimento de terceiros.
- f. Obtenção de compensações financeiras da indústria farmacêutica por parte dos profissionais na colaboração em ensaios clínicos terapêuticos não autorizados pelo CA do CHLO.
- g. Obtenção de compensações financeiras provenientes de terceiros na constituição de fundos financeiros não autorizados pelo CA do CHLO.
- h. Conflito de interesses dos profissionais entre o exercício de funções públicas e funções em instituições de saúde privadas.

5. Realização de auditorias com objetivos específicos

A implementação do PPRCIC implica uma atividade regular de vigilância e prevenção dos riscos identificados no CHLO, bem como a realização regular de auditorias dirigidas.

6. Recomendações

É objetivo do PPRCIC a divulgação de recomendações com vista à redução dos riscos de corrupção identificados no CHLO.

7. Plano de prevenção dos riscos de corrupção identificados

Pretende-se que a implementação do PPRCIC venha a reduzir o risco de corrupção em todas as atividades clínicas no CHLO.

II – MODELO DE AVALIAÇÃO

Nº	Identificação do risco	Probabilidade de ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de controlo interno existentes
1.	Corrupção na contratação pública de aquisição de bens, produtos de consumo hospitalar, dispositivos médicos, serviços externos ou empreitadas.	Baixa	Alto	- Verificação através de mecanismos de controlo interno do cumprimento das normas de procedimentos; - Comissões de escolha pluriprofissionais (Médicos, Enfermeiros, pessoal Administrativo, etc.), com a adequada rotatividade de quem intervém no processo de avaliação e decisão.

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas – 1ª Revisão 2015

Nº	Identificação do risco	Probabilidade de ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de controlo interno existentes
2.	Violação do sigilo profissional na divulgação na comunicação social de dados confidenciais de doentes (dependente, ou não, de compensação financeira obtida por profissionais da instituição).	Baixa	Alto	Gabinete de Comunicação e Imagem é o único Serviço autorizado pelo Conselho de Administração a efetuar qualquer comunicação para o exterior, depois de consultado por este; - Ações de formação sobre sigilo profissional; - Existência de mecanismos legais para prevenção em caso de incumprimento.

Nº	Identificação do risco	Probabilidade de ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de controlo interno existentes
3.	Comportamento ilícito na cedência de informação do falecimento de doentes a agências funerárias.	Baixa	Baixo	- Existência de um Manual de Boas Práticas, publicado no sítio da internet; - Sanções para casos de não observância que sejam relatadas ao CA.

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas – 1ª Revisão 2015

Nº	Identificação do risco	Probabilidade de ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de controlo interno existentes
4.	Corrupção e tráfico de influências em concursos públicos de provimento. Desrespeito pelos princípios da legalidade, da imparcialidade, da transparência e da justiça.	Baixa	Baixo	Elementos de júri nomeados, internos e externos à instituição; - Existência de mecanismos legais de defesa para os interessados, com direito a recurso hierárquico no Ministério da Saúde e nos Tribunais, para casos de discordância ou não observância.

Nº	Identificação do risco	Probabilidade de ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de controlo interno existentes
5.	Favorecimento ilícito de doentes no acesso a meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica do CHLO, em detrimento de terceiros.	Baixa	Alto	- Grande rigor ao nível das autorizações com descentralização dos níveis de aprovação diferentes do médico prescriptor; - Auditorias periódicas pelo SGD, com acompanhamento do Conselho de Administração; - Publicação da informação de Tempos de Espera no sítio da internet.

Nº	Identificação do risco	Probabilidade de ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de controlo interno existentes
6.	Obtenção ilícita de compensações financeiras provenientes da indústria farmacêutica por parte dos profissionais na colaboração em ensaios clínicos terapêuticos não autorizados pelo CA do CHLO.	Baixa	Alto	- Todo e qualquer protocolo têm que conter, obrigatoriamente, proposta financeira aprovada pelo Conselho de Administração; - Todos os pagamentos aos profissionais envolvidos em ensaios clínicos são efetuados nos termos legalmente previstos. Estes pagamentos são processados através aplicação informática dos vencimentos (RHV); - Denúncia pelo CA para o caso de conhecimento de eventuais pagamentos diretos da indústria aos profissionais.

Nº	Identificação do risco	Probabilidade de ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de controlo interno existentes
7.	Obtenção ilícita de compensações financeiras provenientes de terceiros na constituição de fundos financeiros não autorizados pelo CA do CHLO.	Baixa	Alto	- Todas as movimentações financeiras no CHLO são efetuadas através das contas legalmente abertas pelo CA, e com o conhecimento deste e movimentadas por elementos expressamente autorizados pelo CA para esse efeito. - Averiguação e sanções para relatos relativos à manutenção paralela ou outros registos de fundos não autorizados e usando a denominação social do CHLO.

Nº	Identificação do risco	Probabilidade de ocorrência	Escala de Risco	Mecanismos de controlo interno existentes
8.	Conflito de interesses entre o exercício de funções em instituições de saúde públicas e privadas.	Baixa	Alto	- O processo de acumulação de funções é uma exigência divulgada pelos meios internos e autorizada anualmente pelo CA; - O CHLO dispõe de sistema de registo biométrico obrigatório com sanções para o seu não cumprimento; - Auditorias/avaliação dos níveis de registos biométricos existentes. - Denúncia das infrações às entidades inspetoras do Ministério da Saúde.