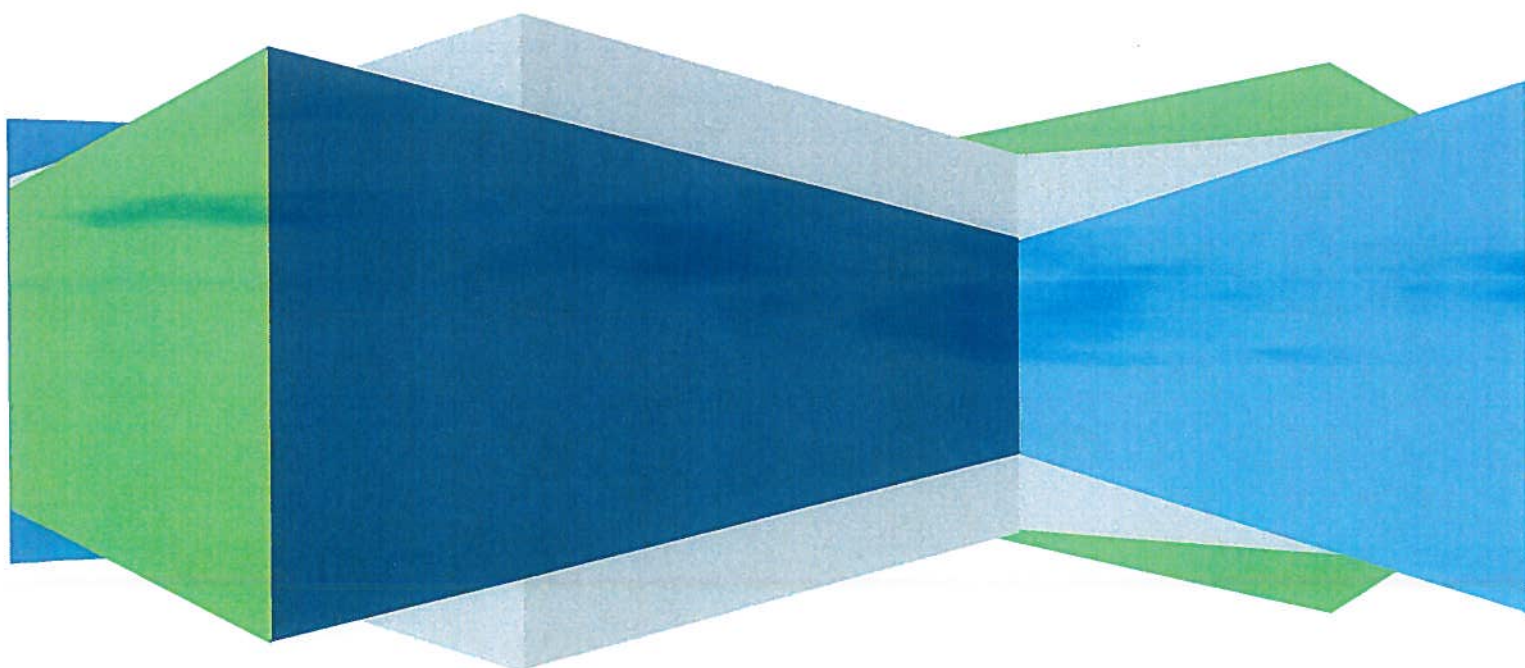




Aprovado
[Signature]
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL
Conselho de Administração
30/07/2014
[Signature]
Ferreira
C. Alves

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas



Índice

1. Introdução
2. Enquadramento
 - 2.1. Caracterização do CHLO
 - 2.2. Missão
 - 2.3. Visão
 - 2.4. Valores
 - 2.5. Organização Geral
 - 2.5.1. Composição do Conselho de Administração
3. Os Riscos
 - 3.1. Conceito
 - 3.2. Identificação dos Riscos em Serviços do CHLO, EPE
 - 3.3. Código de Ética
 - 3.4. Caracterização dos Riscos por Áreas
4. Controlo e Monitorização

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 subseqüentes 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 referência, 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 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.

2.5.1 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 outro o enfermeiro-diretor. Para o triénio 2011-2013, 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
Directora 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 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 – vertidos no Código de ética do CHLO.

3.4 Caracterização dos Riscos por áreas

O CHLO identificou como áreas com probabilidade de risco:

- a área de Aquisições no ***Serviço de Gestão de Compras***;
- a área de Armazéns no ***Serviço de Logística e Distribuição***;
- a área da Alimentação, da Limpeza, dos Resíduos e da Rouparia, no ***Serviço de Gestão Hoteleira***;
- a área dos Sistemas de informação no ***Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação***;
- a área dos Pagamentos de Despesas, da Receita, da Tesouraria, do Património, da Contabilidade, nos ***Serviços Financeiros***;
- a área da Formação, no ***Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos***;
- a área de Vencimentos, de Vencimentos e Cadastro, de assiduidade e Sisqual, no ***Serviço de Administração de Pessoal***;
- a área de Consultas Externas/ Internamento e UHGIC no ***Serviço de Gestão de Doentes***;
- a área de Empreitadas e Manutenção no ***Serviço de Instalações e Equipamentos***

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas **2014**

Serviço de Gestão de Compras

Serviço:	Serviço de Gestão de Compras
Actividade / Área:	Aquisições
Direcção de Serviço:	Susana Teotónio Pereira

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

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas **2014**

Serviço:	Serviço de Gestão de Compras
Actividade / Área:	Aquisições
Director 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	Rara	Risco Muito Elevado	Segregação de funções (quem faz o pedido, quem avalia e quem autoriza)
	Plano de Acção			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Implementação de um sistema estruturado de avaliação das necessidades	CA/DSGC	Até 31/12/2014	Em Execução

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas **2014**

Serviço:	Serviço de Gestão de Compras
Actividade /Área:	Aquisições
Director de Serviço:	Susana Teotónio Pereira

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
3	Favorecimento de fornecedores	Rara	Risco Muito Elevado	Utilização da plataforma electrónica e da sua lista de fornecedores como referência	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
	Utilização da plataforma electrónica e da sua lista de fornecedores como referência, no maior número de procedimentos	Todos os colaboradores	Até 31/12/2014	Em Execução	
Integração de todas as apresentações espontâneas de fornecedores numa base de dados	Todos os colaboradores	Até 31/12/2014	Em Execução		

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas **2014**

Serviço:	Serviço de Gestão de Compras
Actividade / Área:	Aquisições
Director de Serviço:	Susana Teotónio Pereira

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
4	Cadernos de encargos pouco claros, incompletos ou discriminatórios	Rara	Risco Muito Elevado	Existência de manual de procedimentos e respectiva divulgação	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
	Validação pelas comissões de avaliação técnica das cláusulas técnicas e cadernos de encargos	Todos os colaboradores	Contínuo	Em Execução	
Acompanhamento e supervisão do trabalho desenvolvido pelos funcionários pelos responsáveis dos sectores	Responsáveis pelas áreas	Contínuo	Em Execução		

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas **2014**

Serviço de Logística e Distribuição

Serviço:	Serviço de Logística e Distribuição
Actividade / Área:	Armazéns
Director de Serviço:	Susana Teotónio Pereira

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

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas **2014**

Serviço:	Serviço de Logística e Distribuição
Actividade / Área:	Armazéns
Director de Serviço:	Susana Teotónio Pereira

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
2	Apropriação indevida de existências por colaboradores ou terceiros	Rara	Risco Baixo	Restrições de acesso físico aos armazéns; Contagens periódicas e Inventário de final de ano; Promoção da segregação de funções	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	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	12 meses	Em Execução	

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

2014

Serviço:	Serviço de Gestão de Doentes
Actividade / Área:	Consultas Externas/Internamentos
Director 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.	Pouco Provável	Risco Moderado	As prescrições médicas implicam o registo do acto; sensibilização dos profissionais no sentido de agirem correctamente. O acesso aos cuidados de saúde é crescentemente efectuado através de SI intercomunicantes (p. ex. 1ªs consultas estão referenciadas electronicamente pelos Centros de Saúde).
	Plano de Acção			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Manual de procedimentos	DSGD		Executado e Enviado à Comissão Enviado à Comissão Março 2012

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e 2014 Infrações Conexas

Serviço de Gestão Hoteleira

Serviço:	Serviço de Gestão Hoteleira
Actividade / Área:	Alimentação
Diretor/Responsável de Serviço:	António Félix

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
1	Falta de controlo higieno-sanitário sobre os produtos, as refeições, os equipamentos, as instalações e o pessoal; incumprimento dos horários de distribuição das refeições; incumprimento por confeção insuficiente das refeições com as ementas definidas em C.E., durante o período das refeições, substituindo-as por outras de menor custo e menor quantidade.	Muito Provável	Risco Inaceitável	Identificar por observação direta as faltas de controlo higieno-sanitárias; do incumprimento dos horários e da falta de refeições de acordo com as ementas definidas em C.E.; auditorias internas.
	Plano de Acção			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Elaboração de lista de verificações que passe a pente fino as faltas de controlo higieno-sanitário, o cumprimento de horários e a falta de refeições com as ementas pré-definidas em C.E.	SIE	4º Trim 2014	
	Elaboração de plano com definição da periodicidade de aplicação da lista de verificação.	SGH e Dietistas	4º Trim 2014	

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas **2014**

Serviço:	Serviço de Gestão Hoteleira
Actividade / Área:	Limpeza
Diretor/Responsável de Serviço:	António Félix

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
2	Não cumprimento do nº de horas de limpeza atribuídas em CE a cada serviço, deficiente higienização, deficiente distribuição de consumíveis.	Muito Provável	Risco Inaceitável	Acompanhamento e monitorização da execução das tarefas; implementação de inquéritos de avaliação dos serviços prestados; realização de auditorias internas.	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
Divulgação junto dos serviços dos procedimentos de higienização hospitalar e dos serviços contratados	Diretor de Serviço	4º Trim 2014			
Divulgação junto dos serviços do número de horas adstritas a cada um.	Diretor de Serviço	4º Trim 2014			

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e 2014
Infrações Conexas

Serviço:	Serviço de Gestão Hoteleira
Actividade / Área:	Resíduos
Diretor/Responsável de Serviço:	António Félix

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno	
3	Não cumprimento do horário de recolha Interna dos resíduos; não cumprimento do horário de recolha para tratamento; deficiente higienização dos contentores e insuficiência do nº de contentores; falha no fornecimento do número adequado de jarricans.	Muito Provável	Risco Inaceitável	Verificação in loco das causas das falhas; registo das pesagens; auditorias e vistorias internas e externas.	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
Elaboração de procedimentos de verificação do não cumprimento dos horários.	SGH	4º Trim 2014			
Elaboração de procedimentos e plano de verificação higieno-sanitária dos contentores.	SGH	4º Trim 2014			
Elaboração de procedimentos de verificação de falhas no fornecimento dos contentores e jarricans.	SGH	4º Trim 2014			

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e 2014 Infrações Conexas

Serviço:	Serviço de Gestão Hoteleira
Actividade / Área:	Rouparia
Diretor/Responsável de Serviço:	António Félix

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno	
4	Incumprimento dos horários de entrega da roupa tratada e recolha da roupa suja; deficiente tratamento da roupa hospitalar.	Provável	Risco Inaceitável	Acompanhamento presencial das entregas de roupa tratada; acompanhamento presencial das recolhas de roupa suja; registo de pesagens da roupa tratada e da roupa suja.	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
	Realização de auditorias internas.	SGH	4º Trim 2014		
	Elaboração e realização de inquéritos de avaliação e satisfação dos serviços utilizadores.	SGH	4º Trim 2014		
Realização de vistorias/visitas à lavandaria de forma aleatória.	SGH	4º Trim 2014			
Exigir entrega de testes microbiológicos, trimestrais à roupa tratada por organismo devidamente credenciado	SGH	4º Trim 2014			

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas **2014**

Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

Serviço:	SSTI-Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação
Actividade / Área:	Sistemas de Informação
Director de Serviço:	Jorge Pedroso

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
4	Permitir acesso a consulta e manipulação de dados informáticos.	Provável	Risco Moderado	Acessos dados somente por pedido dos responsáveis de serviço, via email 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 Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
Implementar auditorias internas trimestrais, para analisar as permissões dados informáticos	SSTI	8 meses			
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			

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas 2014

Serviços Financeiros

Serviço:	Serviços Financeiros
Actividade / Área:	Pagamento de Despesas
Director de Serviço:	Maria Lurdes Santos Carvalho Teodosio

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
1	Pagamentos diferentes da dívida em conta corrente	Pouco Provável	Risco Muito Elevado	Segregação de funções; Responsabilização das funções inerentes a cada profissional através do acompanhamento e supervisão das mesmas	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
	Conferências mensais e anuais da informação produzida	Director Financeiro	Em curso		
	Não efetuar pagamentos sem a reconciliação da conta corrente efetuada	Director Financeiro	Imediato		
Circularização anual de saldos	Tecnico Oficial de Contas	Em curso			
Reconciliação bancária mensal	Tecnico Oficial de Contas	Em curso			

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e
Infrações Conexas

2014

Serviço:	Serviços Financeiros
Actividade / Área:	Receita
Director de Serviço:	Maria Lurdes Santos Carvalho Teodosio

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	Muito Rara	Risco Muito Elevado	Segregação de funções; Responsabilização das funções inerentes a cada profissional através do acompanhamento e supervisão das mesmas
	Plano de Acção			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
				Data de Envio à Comissão
	Anulação/Ajustamento de receita, registadas apenas com autorização do Conselho de Administração	Diretor Financeiro	Em curso	
	Circularização anual de saldos	Técnico Oficial de Contas	Em curso	
	Reconciliação bancária mensal	Técnico Oficial de Contas	Em curso	

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas **2014**

Serviço:	Serviços Financeiros
Actividade / Área:	Tesouraria
Director de Serviço:	Maria Lurdes Santos Carvalho Teodosio

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
3	Desvio de Fundos: 1 - Correspondência incorrecta entre o NIB e a entidade a pagar. 2 - Transferência/pagamento do valor diferente do autorizado	Rara	Risco Muito Elevado	Verificação mensal de todas as alterações efetuadas às tabelas e aos movimentos	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
Introdução de password no módulo Tabelas de Fornecedores	Director Financeiro	30 dias			
Segregação de funções, entre quem processa e autoriza, quem processa não autoriza	Director Financeiro	Em curso			

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

2014

Serviço:	Serviços Financeiros
Actividade / Área:	Serviços Financeiros
Director de Serviço:	Maria Lurdes Santos Carvalho Teodosio

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
4	Quebra de sigilo ou de outros deveres funcionais e valores, tais como a integridade, responsabilidade, imparcialidade e prossecução do interesse público.	Muito Rara	Risco Inaceitável	Responsabilização das funções inerentes a cada profissional através do acompanhamento e supervisão das mesmas	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
Implementação de plano de integração para cada posto de trabalho	Director Financeiro	60 dias			
Rigorous cumprimentos do Código de Ética do CHLO	Director Financeiro e coordenadores	Imediato			

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e 2014
Infrações Conexas

Serviço:	Serviços Financeiros
Actividade / Área:	Património
Director de Serviço:	Maria Lurdes Santos Carvalho Teodosio

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
5	Ocorrência de desvios/roubos de equipamentos	Pouco Provável	Risco Muito Elevado	Responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	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 infracções conexas	Coordenador da área	Em curso			
Parque de Equipamentos: armazém em local vedado de equipamentos mais apetecíveis	Coordenador da área	Em curso			

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas **2014**

Serviço:	Serviços Financeiros
Actividade / Área:	Património
Director de Serviço:	Maria Lurdes Santos Carvalho Teodosio

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
6	Abates sem autorização	Pouco Provável	Risco Inaceitável	Elaboração de Manual de procedimentos sobre Abate de Equipamento	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
	Todos os bens propostos para abate terão de ter autorização do Conselho de Administração	Coordenadora da área	Em curso		

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e
Infrações Conexas

2014

Serviço:	Serviços Financeiros
Actividade / Área:	Património
Director de Serviço:	Maria Lurdes Santos Carvalho Teodosio

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
7	Ofertas ao Centro Hospitalar, com eventual apropriação ou utilização indevida dos bens	Pouco Provável	Elevado	Verificação, através de controlo interno, do cumprimento das normas de procedimentos internos	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
Inventarização 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	Em curso			
Controlo trimestral dos equipamentos afetos a alguns centros de custos seleccionados aleatoriamente	Coordenadora da área	Em curso			

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e
Infrações Conexas

2014

Serviço:	Serviços Financeiros
Actividade / Área:	Contabilidade
Director de Serviço:	Maria Lurdes Santos Carvalho Teodosio

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
8	Diferenças de Stocks entre a Contabilidade e o Serviço de Gestão de Compras	Provável	Risco Moderado	Análise mensal do ficheiro enviado pelo Serviço de Gestão de Compras à ACSS e a contabilidade
	Plano de Acção			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Reconciliação mensal das compras entre o Serviço de Gestão de Compras e a contabilidade	Técnico Oficial de Contas	Em curso	

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas **2014**

Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos

Serviço:	Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos
Actividade / Área:	Formação
Director de Serviço:	Isabel Elisiário

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
4	Incorreção/deturpação de dados inerentes aos dossiers pedagógicos de projetos de formação financiados pelo FSE, com repercussões no financiamento.	Pouco Provável	Risco Baixo	Verificação do dossier com recurso a chek list (verificação realizada por outro elemento da equipa).
	Plano de Acção			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Verificação aleatória dos dossiers pedagógicos de projetos financiados.	Ana Cristina Alves/ Elisabeth Lino	3 meses	

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e 2014
Infrações Conexas

Serviço:	Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos
Actividade / Área:	Recursos Humanos
Director de Serviço:	Isabel Elisiário

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
4	Renovação Irregular dos contratos de trabalho: falha no sistema de alerta do termo dos contratos, provocando a sua renovação automática, sem aferir junto do Diretor de Serviço a necessidade de continuação do recurso.	Rara	Risco Muito Elevado	Controlo rigoroso exercido pelo elemento responsável pela gestão dos contratos; Auditorias Internas Periódicas.	
	Favorecimento na contratação de Pessoal	Provável	Elevado	Cumprimento integral de todas as fases constantes do Manual de Recrutamento e Seleção do CHLO, aprovado pelo CA; Auditorias Internas Periódicas.	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
Aplicação Informática com aviso automático do término dos contratos a termo.	Directora do Serviço	1 Mês			
Demonstração inequívoca da necessidade absoluta de contratação de elementos (cálculo de necessidades, tendo por base <i>racios</i> e fórmulas publicadas) e obrigatoriedade de existência da respetiva autorização de contratação pelo CA.	Directora do Serviço	3 Meses			

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas **2014**

Serviço de Administração de Pessoal

Serviço:	Serviço de Administração de Pessoal
Actividade / Área:	Vencimentos e Cadastro
Director de Serviço:	Isabel Elisiário

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
4	Informação (dados mestre) sobre pessoal incorrecta ou desactualizada.	Rara	Elevado	Verificação de todas as alterações (criação / alteração e eliminação) a dados mestres de pessoal, devidamente aprovadas e total e correctamente actualizadas no respectivos sistema.
	Plano de Acção			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Conferência final na altura do pré-processamento	Sectores de Vencimentos / Cadastro	Implementado	

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e 2014
Infrações Conexas

Serviço:	Serviço de Administração de Pessoal
Actividade / Área:	Vencimentos/Cadastro/Assiduidade e Sisqual
Director de Serviço:	Isabel Elisiário

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
4	Sistema de suporte à gestão de recursos humanos, processamento de vencimentos e registo de tempos desadequado ou desactualizado.	Rara	Elevado	Folhas de ponto, suporte informático de gestão de recursos humanos.	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
RHV Proceder à selecção e implementação de aplicação informática de gestão de escalas/horários, a qual deverá interligar com a de registo de ponto (<i>Hospitais do SNS Francês</i>)	Directora de Serviço com a colaboração do sector de vencimentos	Implementado			
Sisqual Proceder à selecção e implementação de aplicação informática de registo de ponto (biométrica), a qual deverá permitir gerir os horários/turnos dos colaboradores.	Directora de Serviço com a colaboração do sector de assiduidade e sisqual	Implementado			

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas 2014

Serviço:	Serviço de Administração de Pessoal
Actividade / Área:	Assiduidade e Sisqual
Director de Serviço:	Isabel Elisiário

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
4	Registo de tempos trabalhados e controlo de assiduidade inadequados.	Rara	Elevado	Folhas de ponto, controlo manual de tempos e assiduidade registados.	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
	Sisqual (com excepção de alguns serviços na área médica) <i>Circular informativa n.º87/07 de 19/12</i>	Assiduidade e Sisqual	Implementado		
Controlar que o registo de ponto (manual ou electrónico) é efectuado diariamente, aprovado por director de serviço e suportado por justificações de ausência e autorização prévia de horas extraordinárias	Assiduidade e Sisqual	Implementado			

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e
Infrações Conexas

2014

Serviço:	Serviço de Administração de Pessoal
Actividade / Área:	Vencimentos
Director de Serviço:	Isabel Elisiário

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
4	Processamento de abonos e descontos não autorizados	Rara	Elevado	1. Submissão de todos os abonos à aprovação de acordo com a delegação de competências estabelecida. 2. Submissão de todos os descontos (não oficiais) à aprovação dos colaboradores.
	Plano de Acção			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	1. O cumprimento do referido	Vencimentos	Implementado	
	2. Tomada de conhecimento de documento escrito			

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e 2014
Infrações Conexas

Serviço:	Serviço de Administração de Pessoal
Actividade / Área:	Vencimentos
Director de Serviço:	Isabel Elisiário

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
4	Pagamento de remunerações pelo valor indevido	Rara	Elevado	Conferência manual dos respectivos cálculos.
	Plano de Acção			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Conferência aquando do pré-processamento (simulação - RHV)	Vencimentos	Implementado	

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e 2014
Infrações Conexas

Serviço:	Serviço de Administração de Pessoal
Actividade / Área:	Vencimentos
Director/Responsável de Serviço:	Isabel Elisiário

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
1	Processamento de abonos e descontos não autorizados	Rara	Risco Muito Elevado	Segregação de funções; Submissão de todos os abonos extraordinários a aprovação
	Plano de Acção			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Análise mensal da razoabilidade dos abonos processados	Director de Serviço	Mensal	

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas **2014**

Serviço de Gestão de Doentes

Serviço:	Serviço de Gestão de Doentes
Actividade / Área:	Consultas Externas/Internamentos
Director de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escaia de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
1	Risco de favorecimento de uma entidade quando da emissão de Termos de responsabilidade (exame requisitado ao exterior)	Pouco Provável	Risco 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, Direcção serviço MCDT's denuncia-se sobre a incapacidade de realização no Centro; CA autoriza. Mensalmente DSGD elabora relatórios MCDT'S + frequentes e clínicas para onde foram.
	Plano de Acção			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
			Situação a)	Data de Envio à Comissão
Dar continuidade aos concursos anuais em todas as áreas com nº de pedidos que justifique. Dar continuidade ao acompanhamento dos serviços que mais requisitam	S.Gestão de Compras/S. Gestão de Doentes/Admin. Área MCDT	Anual, renovável	Em Execução	

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas **2014**

Serviço:	Serviço de Gestão de Doentes
Actividade / Área:	Consultas Externas/Internamentos
Director 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 incorrectos aos Serviços Financeiros	Pouco Provável	Risco Baixo	Dupla conferência pelo S. Gestão de Doentes e S. Financeiros	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
			Situação a)	Data de Envio à Comissão	
	Centralização da cobrança de taxas moderadoras, implicando reestruturação de instalações	CA/DSGD	5 anos	Em Execução	

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e
Infrações Conexas

2014

Serviço:	Serviço de Gestão de Doentes
Actividade / Área:	Consultas Externas/Internamentos
Director 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.	Pouco Provável	Risco Moderado	As prescrições médicas implicam o registo do acto; sensibilização dos profissionais no sentido de agirem correctamente. O acesso aos cuidados de saúde é crescentemente efectuado através de SI intercomunicantes (p. ex. 1.ªs consultas estão referenciadas electronicamente pelos Centros de Saúde).
	Plano de Acção			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a) Data de Envio à Comissão
	Manual de procedimentos	DSGD		Executado e Enviado à Comissão Enviado em Março 2012

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e 2014
Infrações Conexas

Serviço:	Serviço de Gestão de Doentes
Actividade / Área:	Consultas Externas/Internamentos
Director de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
4	Abuso de poder no contato com os utentes porque se detém informações importantes.	Provável	Risco Moderado	Análise das reclamações e propostas concretas.	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
	Rotatividade do pessoal	Chefias do SGD	Anualmente	Em Execução	
	Manual de boas práticas	DSGD	de 3 em 3 anos	Em Execução	
Avaliações de desempenho com base nas reclamações	Chefias do SGD	Anualmente	Em Execução		

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas **2014**

Serviço:	Serviço de Gestão de Doentes
Actividade / Área:	Consultas Externas/Internamentos
Director de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
5	Quebra de sigilo, acesso às informações clínica, manuseamento do Processo Clínico	Provável	Risco Moderado	Processo Clínico Electrónico; Formação	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
	Continuidade da desmaterialização do Processo Clínico	DSGD/Chefias SGD	1ª fase - 2014; 2ª fase - 2015; 3ª fase - 2020	Em Execução	
Restrições de acesso ao Processo Clínico	Chefias SGD/SSTI	1ª fase - 2014; 2ª fase - 2015; 3ª fase - 2020	Em Execução		

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e 2014
Infrações Conexas

Serviço:	Serviço de Gestão de Doentes
Actividade / Área:	Consultas Externas/Internamentos
Director de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
6	Risco de favorecimento de agência funerária	Provável	Elevado	Os secretariados estão informados no sentido de nunca dar indicações, mesmo que solicitados (sigilo profissional). Centralização dos contactos com as agências funerárias no SGD.
	Plano de Acção			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização
				Situação a)
				Data de Envio à Comissão
	Manual de procedimentos	DSGD	Revisão em curso face às actualizações da tutela	Executado

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas **2014**

Serviço:	Serviço de Gestão de Doentes
Actividade / Área:	UHIC (Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia)
Director de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
7	Risco de favorecimento de doentes na ordem da Lista de Espera para Cirurgia	Pouco Provável	Elevado	Monitorização das desconformidades na ordenação dos doentes em todos os serviços cirurgicos	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
Manual de procedimentos e boas práticas	DSGD	Revisão em curso face às actualizações da tutela	Em Execução		
Publicação mensal das desconformidades na gestão da LIC de cada serviço	DSGD	Mensal	Executado		

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e 2014
Infrações Conexas

Serviço:	Serviço de Gestão de Doentes
Actividade / Área:	UHGC (Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia)
Director de Serviço:	Isabel Cabral

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
8	Tráfico de influencia induzindo doentes para determinados clínicos/hospitais do sector convencionado	Pouco Provável	Risco Moderado	Manual de boas práticas. Monitorização das transferências e vales cirúrgicos	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
Manual de procedimentos e boas práticas	DSGD/ACSS		Executado		
Monitorização anual das transferências segundo as entidades	DSGD	Execução continua	Em Execução		

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas **2014**

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

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
9	Avaliação da intervenção realizada no exterior pelo mesmo médico que a realizou no sector convencionado	Pouco Provável	Risco Baixo	Indicação aos Directores de Serviço de que a consulta de revisão não pode ser realizada pelo médico que assistiu o doente no sector privado	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
Manual de procedimentos e boas práticas	DSGD		Executado		
verificação casuística das facturas apresentadas pelo sector convencionado (em que se exige a discriminação dos profissionais envolvidos)	DSGD/SGERH	Periodicamente	Em Execução		

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas **2014**

Serviço de Instalações e Equipamentos

Serviço:	Serviço de Instalações e Equipamentos
Actividade / Área:	Empreitadas e manutenção
Director de Serviço:	Rogério Santos

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)
1	Avaliação de projetos técnicos elaborados por especialistas externos	Pouco Provável	Elevado	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 Acção			
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	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.	Coordenador do SIE		Executado
	Assegurar a transparência das cláusulas técnicas do caderno de encargos de uma empreitada de obra pública.	Coordenador do SIE		Executado

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e
Infrações Conexas

2014

Serviço:	Serviço de Instalações e Equipamentos
Actividade / Área:	Empreitadas e manutenção
Director 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	Muito Rara	Elevado	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 Prevenção de Riscos de Corrupção e 2014
Infrações Conexas

	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
				Situação a)	Data de Envio à Comissão
2	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.	Coordenador do SIE		Executado	
	Realização de procedimentos antecedentes à validação das faturas que visem a inspeção e certificação da qualidade e quantidade dos trabalhos realizados.	Coordenador do SIE		Executado	
	Realizar vistoria para efeitos de receção provisória e definitiva em consonância com os pressupostos definidos na legislação atual e em vigor.	Coordenador do SIE		Executado	

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e
Infrações Conexas

2014

Serviço:	Serviço de Instalações e Equipamentos
Actividade / Área:	Empreitadas e manutenção
Director de Serviço:	Rogério Santos

Nº.	Identificação do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Mecanismo(s) de Controlo Interno Existente(s)	
3	Acompanhamento e monitorização de prestação de serviços	Pouco Provável	Risco Moderado	a) Verificação e avaliação mensal das diversas prestações de serviços.	
	Plano de Acção				
	Medidas de Melhoria (Preventiva/Correctiva)	Responsável	Prazo de Execução	Monitorização	
			Situação a)	Data de Envio à Comissão	
	Assegurar a inspeção e certificação da qualidade e quantidade dos serviços prestados.	Coordenador do SIE	3 meses	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:

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas **2014**

Auditoria Interna

- Preparação de questionário/Relatório de avaliação
- Envio para os serviços até dia 15 de Novembro

Auditoria Interna

- Compilação das respostas
- Elaboração do Relatório Anual de Acompanhamento do Plano
- Apresentação ao Conselho de Administração

Serviços

- Preenchimento do questionário/relatório (incluir novos riscos ajustados a novas estratégias da instituição e do serviço)
- Devolução até dia 1 de Dezembro

Conselho de Administração

- Aprovação do Relatório Anual de Acompanhamento do Plano
- Envio ao Conselho de Prevenção de Corrupção do respetivo Relatório aprovado

