

# Relatório de Avaliação Intercalar

## Monitorização do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo Riscos de Corrupção e Infrações Conexas



Serviço de Auditoria Interna  
Unidade Local de Saúde do Estuário do  
Tejo E.P.E.  
Outubro 2025

## Ficha Técnica

<b>Título</b>	Monitorização do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
<b>Entidade</b>	Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo E.P.E. (ULSETEJO E.P.E.)
<b>Período de Reporte</b>	Outubro 2025
<b>Âmbito</b>	Alínea a) do n.º 4 do artigo 6º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 09 de dezembro
<b>Áreas Funcionais Envoltas</b>	Responsáveis dos serviços/áreas de risco identificadas no PPRGRCIC da ULSETEJO E.P.E. como áreas de risco elevado ou máximo.
<b>Áreas Funcionais Envoltas</b>	Diretores/Responsáveis/Coordenadores dos Serviços nas áreas de risco identificadas nos PPR como áreas de risco “elevado”.
<b>Responsável pela Elaboração</b>	Serviço de Auditoria Interna

## Índice

Ficha Técnica .....	1
Índice .....	2
I. Introdução .....	4
II. Caracterização e estrutura orgânica da ULSETEJO E.P.E .....	5
II. Plano de Prevenção de Riscos e Infrações Conexas .....	7
1) Monitorização da Implementação das Medidas Preventivas e Corretivas .....	9
2) Critérios de Classificação e Avaliação do Grau de Risco .....	9
IV. Identificação de riscos e respectivas medidas corretivas de acordo PPRCIC de 2024 .....	12
V. Situações identificadas de risco elevado e respetivas medidas corretivas por Serviço de acordo com o PPRCIC de 2024, e respetivas alterações advindas dos relatórios de controlo (outubro 2024- abril 2025) .....	14
V. Conclusão .....	16
VI. Recomendações .....	17
VII. Anexos .....	18
Anexo I .....	18
Anexo II .....	23

## Índice de tabelas

Tabela 1- Matriz elaborada com base na matriz constante do Guia 1/2023 do MENAC .....	11
Tabela 2- Resumo da síntese das respostas do Relatório Anual de abril de 2025.....	13
Tabela 3- Resumo do grau de implantação das medidas de grau “elevado” de 2025 .....	14

## I. Introdução

Nos termos do Regime Geral de Prevenção da Corrupção (aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro), o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR) das entidades abrangidas está sujeito a um regime de controlo e monitorização. Entre as obrigações previstas encontra-se a elaboração de um relatório anual e, sempre que durante a execução sejam identificados riscos classificados como elevados ou máximos, elabora-se um relatório intercalar em outubro do ano a que respeita a execução, limitado às medidas de prevenção relativas a esses riscos considerados elevados.

A Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo, E.P.E., rege-se pelos estatutos aprovados no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, que estabelece o Estatuto do Nacional de Saúde, onde neste diploma se define as normas relativas à criação, organização e funcionamento dos ACES e das Unidades Locais de Saúde, definindo igualmente os respetivos regimes, competências dos órgãos de gestão. Nos termos desses estatutos, o Serviço de Auditoria Interna tem, entre outras atribuições, com a elaboração de planos de gestão de risco e a preparação de relatórios de avaliação sobre a implementação das medidas de controlo.

Os diretores de departamento e os diretores de serviço são responsáveis pela execução operacional do PPR nas respetivas unidades orgânicas: identificar e avaliar riscos potenciais, propor e implementar medidas de controlo e mitigação, e assegurar o reporte atempado da informação necessária para a elaboração dos relatórios de monitorização. Assim como, a produção das evidências que sustentem essas avaliações e relatórios.

Compete ao Conselho de Administração garantir a definição, a implementação e a manutenção adequada dos processos de gestão de risco, assegurando que o PPR é aprovado, regularmente monitorizado e remetido às autoridades superiores e às entidades competentes para efeito de supervisão e conhecimento. Tal remessa inclui o envio dos relatórios de acompanhamento aos membros do Governo responsáveis pela superintendência/tutela, bem como aos serviços de inspeção setoriais e ao Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC), sempre que aplicável e nos termos legais.

## II. Caracterização e estrutura orgânica da ULSETEJO E.P.E

A Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, E.P.E. (ULSETEJO E.P.E.) foi criada pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 07 de novembro, iniciou atividade a 01 de janeiro de 2024. Esta Entidade integrou o Agrupamento de Centros de Saúde do Estuário do Tejo (ACES) e o Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E.

A ULSETEJO E.P.E. rege-se pelos Estatutos constantes no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, que aprovou também o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Está integrado na rede hospitalar do SNS, sendo uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial<sup>1</sup>.

A ULS do Estuário do Tejo E.P.E. tem uma abrangência populacional de 257 983 habitantes<sup>2</sup>, distribuídos por cinco concelhos: Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira. No concelho de Vila Franca de Xira, a ULS abrange as seguintes freguesias: União das Freguesias de Alhandra, São João dos Montes e Calhandriz, União das Freguesias de Alverca do Ribatejo e Sobralinho, União das Freguesias da Castanheira do Ribatejo e Cachoeiras, União das Freguesias da Póvoa de Santa Iria e Forte da Casa, Freguesia de Vialonga e Freguesia de Vila Franca de Xira.

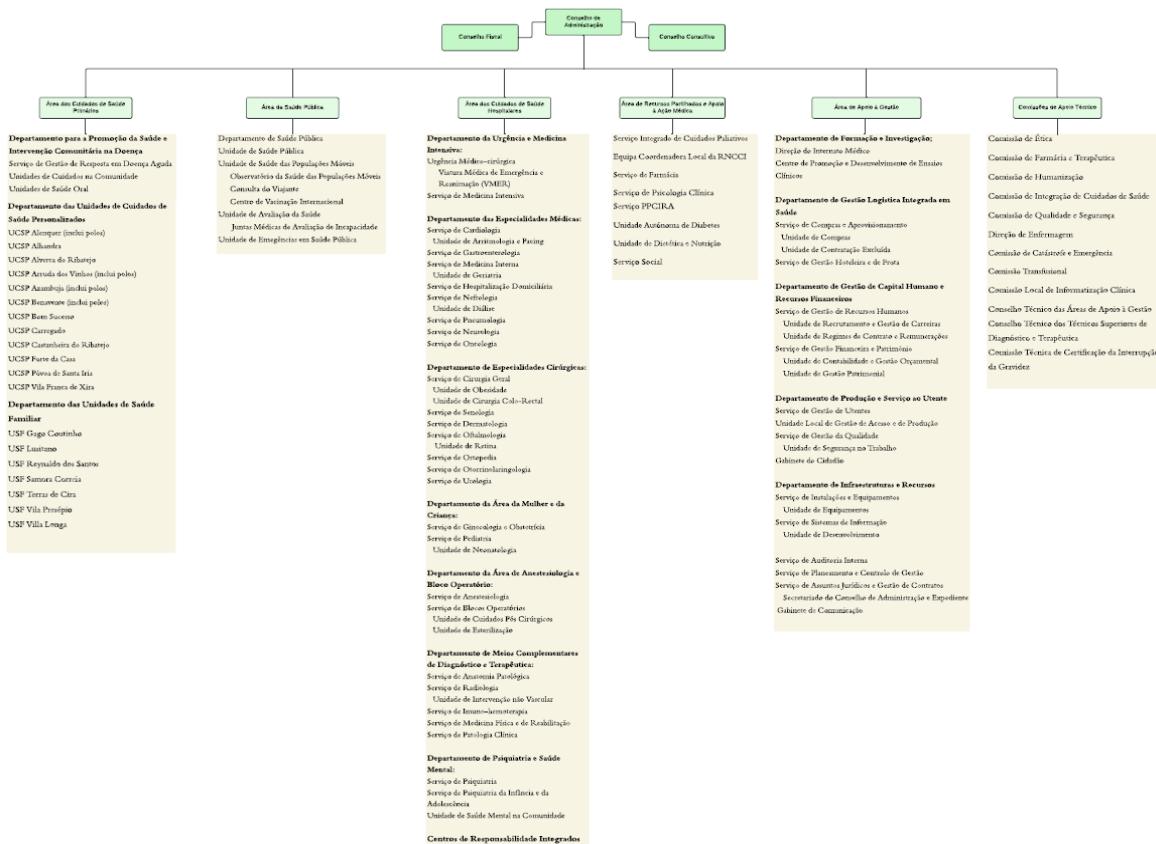
Em conformidade com o Estatuto dos Hospital, E.P.E., são órgão do ULSETEJO, E.P.E.:

- I. O Conselho de Administração
- II. O Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas
- III. O Conselho Consultivo

<sup>1</sup> Aprovado pelo DL n.º 52/2022 de 04 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde

<sup>2</sup>([https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_unid\\_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3))

Assim de acordo com o Regulamento Interno, da ULSETEJO, E.P.E. tem a seguinte organização<sup>3</sup>:



<sup>3</sup> O organograma do ULSETEJO E.P.E. encontra-se contemplado no Regulamento Interno, homologado pela Sua Excelência a Secretaria de Estado da Saúde em 21 de janeiro de 2025

## II. Plano de Prevenção de Riscos e Infrações Conexas

Cumpre ainda sublinhar que o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas 2024-2026 constitui um instrumento de gestão dinâmico, de execução anual e cujo conteúdo deve ser atualizado periodicamente. Em conformidade com o referido regime, os riscos nele identificados como elevados são avaliados no mês de outubro, dando lugar à elaboração do respetivo relatório intercalar.

Para cumprimento destes objetivos, revela-se essencial o contributo de cada Departamento/Serviço desta Unidade Local de Saúde, através da aplicação de questionários destinados a apurar as situações classificadas como de risco elevado ou máximo.

As áreas estabelecidas como suscetíveis de gerarem riscos elevados, foram:

- Conselho de Administração
- Departamentos da Área dos Cuidados de Saúde Primários
- Serviço de Farmácia
- Gabinete do Cidadão
- Serviços de Gestão de Utentes
- Serviço de Gestão de Recursos Humanos
- Serviço de Gestão Hoteleira e de Frota
- Serviço de Compras e Aprovisionamento
- Serviço de Instalações e Equipamentos
- Serviço de Sistemas de Informação
- Serviço de Assuntos Jurídicos e Gestão de Contratos

Importa ainda relevar que, no número 14, artigo n.º 86, do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, compete ao Serviço de Auditoria Interna elaborar o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, bem como os respetivos relatórios anuais de execução, os quais devem ser aprovados pelo Conselho de Administração e submetidos, ao Conselho de Prevenção da Corrupção e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde.

Sendo que, no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, E.P.E. (2024), foram identificadas 20 situações de risco elevado, tendo sido definidas 20 medidas preventivas as quais englobam 50 submedidas, distribuídas, pelos referidos serviços, tal como o demonstra no anexo II.

## 1) Monitorização da Implementação das Medidas Preventivas e Corretivas

Através da identificação sistemática e permanente dos riscos suscetíveis de potenciar práticas de corrupção e infrações conexas, inerentes à atividade desenvolvida no setor da Saúde, bem como da sua mitigação progressiva mediante a adoção e implementação de medidas de natureza preventiva e corretiva, visa-se assegurar a observância dos princípios da legalidade, da transparência, da responsabilidade e da eficiência, promovendo, deste modo, a melhoria contínua do funcionamento e da gestão dos Serviços que integram a Instituição.

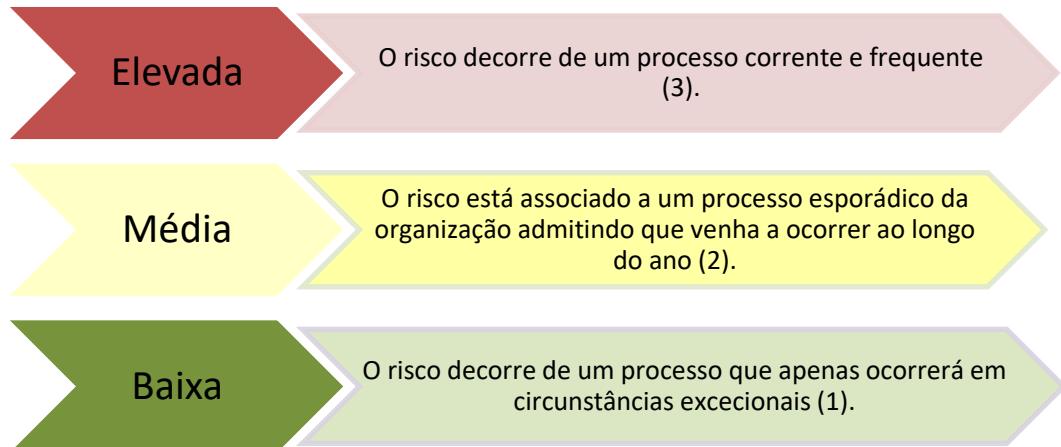
## 2) Critérios de Classificação e Avaliação do Grau de Risco

Em conformidade com a metodologia consagrada na versão de 2024 do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, elaborado pela Unidade Local de Saúde e Estuário do Tejo, E.P.E., consideram-se como pontos essenciais os seguintes:

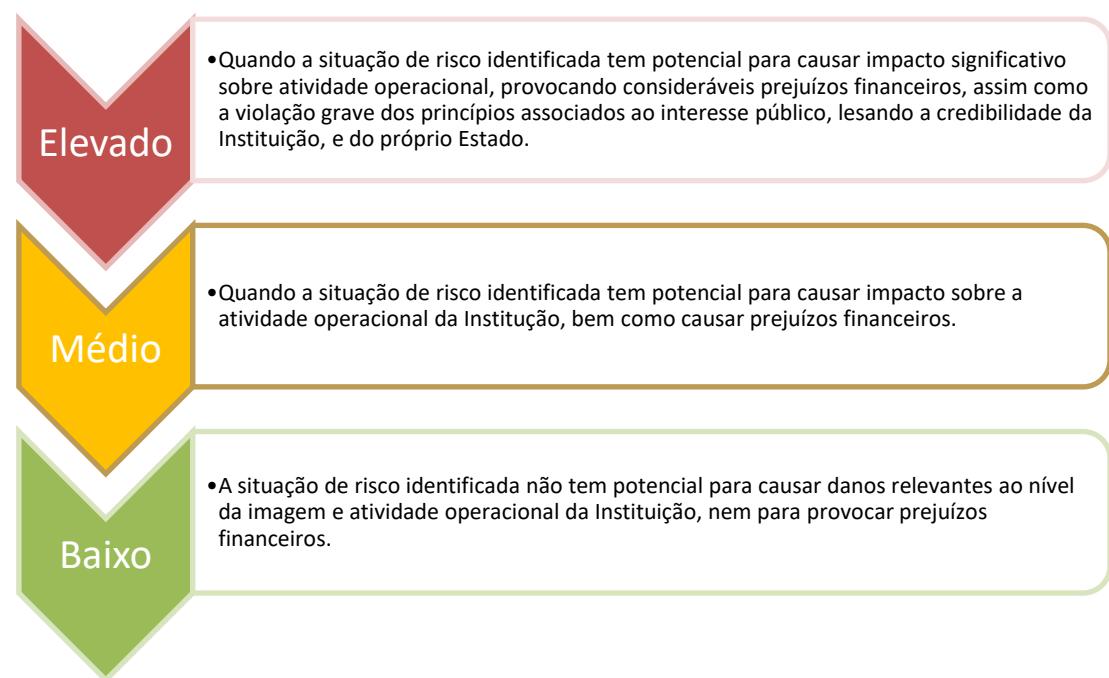
- I. A identificação dos riscos e dos fatores suscetíveis de contribuir para o eventual surgimento de situações de risco;
- II. A clarificação e subsequente avaliação dos riscos associados;
- III. A identificação e implementação de medidas de natureza preventiva ou corretiva, destinadas a evitar ou, quando tal não seja possível, a reduzir a probabilidade de ocorrência e o grau de impacto dos riscos;
- IV. O estabelecimento de um método de monitorização e controlo, a desenvolver com vista a assegurar a efetiva execução das medidas previamente identificadas.

Não obstante o presente controlo intercalar incidir unicamente sobre as situações qualificadas como de risco elevado ou máximo, considera-se oportuno reproduzir o método de avaliação e graduação do risco, assente em critérios previamente definidos de análise, sendo este:

### Probabilidade de Ocorrência



### Previsibilidade de impacto



Na classificação de riscos foi utilizada uma matriz que permite avaliar a sua probabilidade de ocorrência em três níveis (alta, média e baixa) e o seu impacto previsível em outros três níveis (alto, médio e baixo):

**Matriz de aferição do nível de risco a partir dos critérios de probabilidade e impacto previsível**

MATRIZ DE RISCO		PROBALIDADE DE OCORRÊNCIA (PO)		
		ELEVADA	MÉDIA	BAIXA
IMPACTO PREVISÍVEL (IP)	ELEVADO	MÁXIMO	ELEVADO	MODERADO
	MÉDIO	ELEVADO	MODERADO	FRACO
	BAIXO	MODERADO	FRACO	MÍNIMO

Tabela 1- Matriz elaborada com base na matriz constante do Guia 1/2023 do MENAC

#### IV. Identificação de riscos e respectivas medidas corretivas de acordo PPRCIC de 2024

No âmbito da elaboração do Relatório de Avaliação Anual, relativo ao mês de abril, constatou-se que o Departamento da Área dos Cuidados de Saúde Primários não apresentou, em tempo oportuno, os respetivos contributos para a resposta ao inquérito, não obstante as diligências promovidas para o efeito.

Assim, e de forma a assegurar a completude e rigor da informação a submeter, procedeu-se à integração das respostas conforme se observa no Anexo I, as quais complementam o conteúdo inicialmente remetido, permitindo dar cabal cumprimento aos objetivos definidos para a presente avaliação.

Após análise dos dados remetidos, apurou-se que 99% das medidas previstas se encontram adotadas, constatando-se uma eficácia de 96%. Não é possível proceder à comparação com o ano de 2023, uma vez que este departamento apenas passou a integrar o Plano de Prevenção de Riscos e Infrações Conexas no final do ano de 2024.

Assim sendo abaixo, anexa-se o quadro final dos indicadores, em síntese, das respostas levadas a cabo pelos diferentes responsáveis de serviços, que as medidas plasmadas no Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (2024-2026), foram em larga medida implementadas com uma percentagem de 96% e uma eficácia de 97%, no total de 895 medidas propostas.

Comparando a eficácia das medidas, verifica-se uma ligeira melhoria de 2% face ao ano homólogo.

Serviços	2023							2024						
	Medidas adotadas		Eficácia das medidas		Explicações Adicionais	Medidas Preventivas/ou Corretivas	Medidas adotadas		Eficácia das medidas		Explicações Adicionais	Medidas Preventivas/ou Corretivas		
	Sim	Não	Sim	Não			Sim	Não	Sim	Não			Sim	Não
Conselho de Administração	98	5	0	0	6	0	16	1	16	1	1	0		
Departamentos da Área dos Cuidados de Saúde Primários	-	-	-	-	-	-	68	1	65	3	1	2		
Serviço de Farmácia	89	6	86	9	4	1	95	2	93	4	3	0		
Gabinete do Cidadão	53	3	53	3	4	0	49	3	49	3	3	0		
Serviço de Gestão de Utentes	87	0	87	0	3	0	69	0	69	0	0	0		
Serviço de Gestão de Recursos Humanos	98	0	98	0	7	0	88	0	88	0	13	0		
Serviço de Gestão Financeira e Património	111	0	111	0	0	0	82	5	82	0	0	0		
Serviço de Gestão Hoteleira e de Frota	77	5	77	5	6	0	68	5	68	5	0	0		
Serviço de Compras e Aprovisionamento	108	6	95	18	20	19	93	15	106	2	20	2		
Serviço de Instalações e Equipamentos	74	1	72	3	5	0	69	0	67	2	0	0		
Planeamento e Controlo de Gestão	34	1	30	5	3	0	34	0	34	0	0	0		
Serviço de Sistemas de Informação	117	0	117	0	2	0	112	0	114	0	0	0		
Serviço de Assuntos Jurídicos e Gestão de Contratos	0	0	0	0	0	0	17	3	16	3	1	0		
<b>Soma</b>	<b>946</b>	<b>27</b>	<b>826</b>	<b>43</b>	<b>60</b>	<b>20</b>	<b>860</b>	<b>35</b>	<b>867</b>	<b>23</b>	<b>42</b>	<b>4</b>		
<b>%</b>	<b>97%</b>	<b>3%</b>	<b>95%</b>	<b>5%</b>			<b>96%</b>	<b>4%</b>	<b>97%</b>	<b>3%</b>				

**Tabela 2- Resumo da síntese das respostas do Relatório Anual de abril de 2025**

## V. Situações identificadas de risco elevado e respetivas medidas corretivas por Serviço de acordo com o PPRCIC de 2024, e respetivas alterações advindas dos relatórios de controlo (outubro 2024- abril 2025)

Após a auscultação dos Diretores e/ou responsáveis dos diferentes Serviços, foi possível avaliar o grau de implementação das medidas de controlo/corretivas inerentes aos riscos identificados no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, E.P.E., classificados como de risco elevado ou máximo. Esta avaliação teve como objetivo proceder à respetiva monitorização intercalar, conforme determina a alínea a) do n.º 4 do artigo 6.º, anexo ao Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 09 de dezembro.

Para o efeito, os responsáveis elaboraram os quadros infra relativos a cada serviço, de acordo com as suas incumbências, aferindo se as medidas de controlo estavam a ser devidamente adotadas e se revelavam eficazes.

A informação recolhida foi ainda complementada com explicações e/ou com a identificação de medidas adicionais a considerar ou a implementar.

O quadro seguinte apresenta o grau de implantação das medidas adotadas para vários controlos/medidas identificados por área, conforme decorre do Plano Prevenção Riscos.

Departamento/ Serviço	Medidas Adotas		Eficácia das medidas		Explicações Adicionais	Medidas Preventivas e/ ou corretivas
	Sim	Não	Sim	Não		
Conselho de Administração	1	1	1	1	1	
Departamentos da Área dos Cuidados de Saúde Primários	1		1		1	
Serviço de Farmácia	5	1		1	2	
Gabinete do Cidadão	3	1	2	2	1	1
Serviço de Gestão de Utentes	6	1	5	1		4
Serviço de Gestão de Recursos Humanos	5		5			
Serviço de Gestão Hoteleira e de Frota	10		8	2	2	1
Serviço de Compras e Aprovisionamento	1		1		1	
Serviço de Instalações e Equipamentos	5	2	4	3	2	
Serviço de Sistemas de Informação	1					
Serviço de Assuntos Jurídicos e Gestão de Contratos	2	1	2	1		
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>7</b>	<b>29</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>6</b>
	<b>85%</b>	<b>15%</b>	<b>72,5%</b>	<b>27,5%</b>		

Tabela 3- Resumo do grau de implantação das medidas de grau “elevado” de 2025

Conforme se observa em relação à monitorização realizada ao longo do ano de 2025, conduzida pelos diferentes responsáveis dos diversos serviços, verifica-se que a eficácia alcançada apresenta uma percentagem de 72,5%. Além disso, os resultados indicam um nível de desempenho satisfatório, atingindo 85% em termos de cumprimento dos objetivos estabelecidos. Esses dados evidenciam o comprometimento das equipes envolvidas e a eficiência dos processos implementados, refletindo um progresso significativo na melhoria contínua dos serviços prestados, conforme se observa no Anexo II.

## V. Conclusão

Da análise efetuada e da monitorização conduzida pelos responsáveis dos diversos serviços, verifica-se que as medidas de controlo/corretivas inerentes aos riscos, classificados como risco elevado ou máximo foram, na sua maioria, devidamente implementadas, registando-se uma taxa de medidas adotadas de 85% e um nível de eficácia de medidas 73%. Este trabalho tem contribuído para uma maior consciencialização relativamente aos riscos identificados e às medidas a adotar, assegurando que os mesmos se encontram devidamente identificados, avaliados e monitorizados, considerando tanto a probabilidade da sua ocorrência como o respetivo impacto.

Constata-se, deste modo, uma crescente consciencialização, por parte dos diversos Departamentos/ Serviços, de que se trata de um processo contínuo, evolutivo e essencial para a melhoria permanente da qualidade e eficiência das práticas adotadas. Este reconhecimento traduz-se num compromisso cada vez mais evidente com a implementação de medidas corretivas, na partilha de boas práticas e na promoção de uma cultura organizacional orientada para a melhoria contínua, garantindo, assim, a sustentabilidade e o rigor das ações desenvolvidas.

A avaliação e a monitorização regulares da execução do PPRCIC constituem um elemento essencial para o reforço do sistema de controlo interno, abrangendo todos os processos associados às áreas da gestão estratégica, missão, funções de suporte, sistemas de informação, bem como à privacidade e proteção de dados da ULSETEJO E.P.E.

## VI. Recomendações

Com vista a reforçar continuamente a eficácia operacional dos mecanismos existentes e a promover a introdução de que contribuam para prevenir ou mitigar os riscos associados à corrupção e infrações conexas, e a má gestão, recomenda-se o seguinte:

➤ **Recomendação 1: Responsáveis das áreas**

Os responsáveis das várias áreas devem dar continuidade à implementação das medidas identificadas, definindo para cada uma delas, datas exequíveis para a sua concretização.

➤ **Recomendação 2: Relatórios anuais**

Até ao final do mês de setembro de cada ano, os responsáveis de cada área devem remeter ao Serviço de Auditoria Interna relatórios de acompanhamento do PRCIC, relativamente aos riscos classificados como de grau elevado ou máximo, os quais devem incluir:

1. As medidas de controlo implementadas e os respetivos resultados, identificando quer as que se revelaram eficazes, quer as que não atingiram os objetivos definidos, bem como as medidas corretivas adotadas;
2. Os novos fatores de risco identificados após a elaboração do plano e as medidas previstas para a sua prevenção ou mitigação, quando aplicável.

➤ **Recomendação 3: Publicação**

A publicitação do presente relatório de execução através da página da internet da ULSETEJO, E.P.E., em cumprimento com o Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 09 de dezembro.

➤ **Recomendação 4: Envio às entidades competentes**

Que o presente relatório de execução seja enviado ao MENAC e aos órgãos de superintendência, tutela e controlo, em cumprimento do disposto no Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 09 de dezembro.

## VII. Anexos

### Anexo I- Resposta do Departamento da Área dos Cuidados de Saúde Primários

#### Departamentos da Área dos Cuidados de Saúde Primários

Identificação	Tipo de Risco	Risco/Evento	Avaliação Risco			Resposta	Controlo/ Medida	A medida está adoptada		Eficácia das medidas (se adoptadas)/Razões para sua não adoção (quando não)		Explicações Adicionais (especialmente para situações em que se verifique uma não adoção)	Medida preventivas e/ou Corretivas adotar	
			Prob	Imp	Grau			Sim	Não	Sim	Não			
R1	Conformidade e Operacional	Risco de inobservância de normas legais e regulamentares aplicáveis, quer ao setor de atividade, quer internamente, de atuação desconforme com as legislações, guidelines e/ou standards internacionais.	Baixa (1)	Baixa (1)	Baixa (1)	Mitigar	(1) Controlo e monitorização oportuna e regular	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
							(2) Implementação de alertas de alterações legislativas no âmbito do setor de atividade e/ou outras pertinentes;	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
							(3) Implementação de procedimentos que permitem a salvaguarda de elementos probatórios;	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
							(4) Divulgação e respetiva implementação das melhores práticas e conhecimentos à data existentes	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
							(5) Implementação/ atualização de regulamentos relativos ao acesso, arquivo e manuseamento de documentos e confirmação periódica da sua aplicação efetiva.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
R2	Conformidade e Operacional	Corrupção na contratação pública de aquisição de bens, produtos de consumo hospitalar, dispositivos médicos, serviços externos ou empreitadas.	Baixa (1)	Baixa (1)	Baixa (1)	Mitigar	(1) Controlo e monitorização oportuna e regular	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
							(2) Deliberações tomadas de forma unânime pelos intervenientes, sempre que comportem qualquer risco, seja ele de gestão, de corrupção e/ou de conflitos de interesse e em qualquer consultas ao mercado, devendo estas ser sempre sujeitas a registo;	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
							(3) Implementação de um sistema de avaliação das necessidades anuais vertido no Plano anual de Compras, que identifica as necessidades globais de compra;	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
							(4) Verificar o cumprimento da separação de atribuições e/ou responsabilidades, entre diferentes pessoas, existindo uma segregação de funções nas diversas fases do procedimento contratual aquisitivo;	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
							(5) Monitorizar a apresentação de declarações de conflito de interesses e incompatibilidades nos procedimentos de aquisição;	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
							(6) Implementar o Código de Ética e Conduta, enquanto Linha de ação, transversal a toda a Unidade Local de Saúde.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
R3	Conformidade e Operacional	Risco na Capacidade instalada, Risco da existência de uma estrutura operacional desadequada, cujos meios humanos e funcionais não se coadunam às necessidades sentidas, podendo verificar-se quer um excesso, quer uma exígua capacidade de resposta, que implica, por sua vez, custos e/ou perdas financeiras desmesuradas.	Médio (2)	Elevada (3)	Elevada (6)	Mitigar	(1) Controlo e monitorização oportuna e regular	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				AULS tem desenvolvido medidas para aumentar a resposta aos utentes sem médico de família, na sua área de abrangência, nomeadamente através de realização de videoconsultas médicas, com consulta de enfermagem presencial. Para além de um aumento de resposta, esta medida permite a aproximação dos cuidados de saúde à população.

Identificação	Tipo de Risco	Risco/Evento	Avaliação Risco			Resposta	Controlo/ Medida	A medida está adoptada		Eficácia das medidas (se adoptadas)/Razões para sua		Explicações Adicionais (especialmente para situações em que se verifique uma não adoção)	Medidas preventivas e/ou Corretivas adotar				
			Prob	Imp	Grau			Sim	Não	Sim	Não						
R4	Financeiro e Operacional	Risco de uma gestão desajustada aos recursos existentes e à capacidade instalada, com controlo interno inexistente ou insuficiente, que pode fomentar a necessidade de contratação externa e por sua vez consubstanciar faturação desnecessária ou desmesurada.	Baixa (1)	Baixa (1)	Baixa (1)	Mitigar	(1) Controlo e monitorização oportunamente e regular  (2) Divulgação e respetiva implementação das melhores práticas e conhecimentos à data existentes  (3) Aperfeiçoamento, atualização e incremento de ferramentas, aplicações e recursos informáticos	X	X								
R5	Financeiro e Operacional	Risco de Gestão do Conhecimento, Risco de ausência ou ineficiência dos procedimentos de captura, retenção, repartição e substituição de conhecimentos, que inviabilizam a imprescindível ampliação das capacidades, potenciando a desmotivação e podendo provocar interferência na capacidade operacional.	Baixa (1)	Baixa (1)	Baixa (1)	Mitigar	(1) Controlo e monitorização oportunamente e regular  (2) Partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica;  (3) Formação contínua ajustada à atividade desenvolvida e às respectivas necessidades;  (4) Implementação de práticas laborais que fomentem a motivação dos profissionais e das equipas;  (6) Aperfeiçoamento, atualização e incremento de ferramentas, aplicações e recursos informáticos	X	X								
R6	Operacional	Risco de ausência ou desatualização de Códigos de Conduta e Manuais de Procedimentos e Boas Práticas, que não acompanham as atualizações legislativas/alterações legislativas e regulamentares existentes.	Baixa (1)	Baixa (1)	Baixa (1)	Mitigar	(1) Implementação e/ou adaptação de Códigos de Conduta e Manuais de Procedimentos e Boas Práticas, que acompanham as atualizações/alterações legislativas e regulamentares existentes.	X		Encontra-se em revisão o Manual de Articulação, com adaptação à nova estrutura da ULS. Aguardava-se a organização do Departamento de Saúde Pública.							
R7	Financeiro/ Operacional	Risco de apropriação indevida de bens alheios em benefício próprio, quer sejam propriedade da Unidade Local de Saúde ou de terceiros	Baixa (1)	Baixa (1)	Baixa (1)	Mitigar	(1) Controlo e monitorização oportunamente e regular  (2) Implementação de mecanismos e circuitos que permitam a identificação e a localização de bens;  (3) Implementação de instrumentos e/ou procedimentos que permitam a salvaguarda de elementos probatórios;	X	X								
R8	Financeiro/ Operacional	Violação do sigilo profissional na divulgação na comunicação social de dados confidenciais de doentes	Baixa (1)	Baixa (1)	Baixa (1)	Mitigar	(1) Divulgação da necessidade de cumprimento das regras do dever de sigilo profissional junto dos intervenientes;  (2) Controlo e monitorização oportunamente e regular  (3) Implementação de medidas restritivas de acesso a determinadas informações e dados, assim como de minimização dos seus efeitos, verificando-se um acompanhamento regular dos procedimentos adotados;  (4) Implementar o Código de Ética e Conduta, enquanto linha de atuação condutora para toda a Instituição;  (6) Incorporar no plano de formação ações de formação sobre ética e sigilo profissional, obrigatórias para todos os funcionários da Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, E.P.E.;  (7) Obrigatória ação de desencadeamento de procedimento disciplinar;  (8) Gabinete de Comunicação é o único Serviço autorizado pelo Conselho de Administração a efetuar qualquer comunicação para o exterior.	X	X								

Identificação	Tipo de Risco	Risco/Evento	Avaliação Risco			Resposta	Controlo/ Medida	A medida está adoptada	Eficácia das medidas (se adoptadas)/Razões para sua		Explicações Adicionais (especialmente para situações em que se verifique uma não adoção)	Medida preventivas e/ou Corretivas adotar
			Prob	Imp	Grau				Sim	Não		
R9	Operacional/ Conformidade	Risco de Segurança da Informação, Risco de verificação de ameaças e falhas de cibersegurança, que possam comprometer a confidencialidade, disponibilidade e integridade da informação, elevando o perigo de acesso a dados reservados.	Média (2)	Baixa (1)	Baixa (2)	Mitigar	(1) Implementação de medidas restritivas de acesso a determinadas informações e dados, assim como de minimização dos seus efeitos, verificando-se um acompanhamento regular dos procedimentos adotados.	X		X		
R10	Operacional/ Conformidade	Risco de conflitos de interesses e de abuso de posição, nomeadamente no acesso a informação privilegiada, influência em procedimentos de contratação pública, nos quais tenham interesses próprios, e que possam colocar em causa a isenção e rigor que devem pautar a atuação dos funcionários	Baixa (1)	Baixa (1)	Baixa (1)	Mitigar	(1) Os procedimentos devem ser sujeitos a uma avaliação preliminar das deliberações definitivas; (2) Controlo e monitorização oportuna e regular; (3) Deliberações tomadas de forma unânime pelos intervenientes, sempre que comportem qualquer risco, seja ele de gestão, de corrupção e/ou de conflitos de interesses e em quaisquer consultas ao mercado, devendo estas ser sempre sujeitas a registo;	X		X		
R11	Financeiro e Conformidade	Comportamento ilícito na cedência de informação do falecimento de doentes a agências funerárias	Baixa (1)	Baixa (1)	Baixa (1)	Mitigar	(1) A escolha dos agentes funerários deve ser única e exclusivamente da responsabilidade da família; (2) Divulgação da necessidade de cumprimento das regras do dever de sigilo profissional junto dos intervenientes; (3) Controlo e monitorização oportuna e regular;	X		X		
R12	Conformidade	Risco de suborno aquando a tentativa ou coacção de alguém, através de dádiva ou promessa de vantagem patrimonial ou não patrimonial no intuito de influenciar determinada ação	Baixa (1)	Baixa (1)	Baixa (1)	Mitigar	(1) Separação de atribuições e/ou responsabilidades entre diferentes pessoas, existindo uma segregação de funções; (2) Os procedimentos devem ser sujeitos a uma avaliação preliminar das deliberações definitivas; (3) Controlo e monitorização oportuna e regular; (4) Deliberações tomadas de forma unânime pelos intervenientes, sempre que comportem qualquer risco, seja ele de gestão, de corrupção e/ou de conflitos de interesses e em quaisquer consultas ao mercado, devendo estas ser sempre sujeitas a registo; (5) Recusa de qualquer vantagem patrimonial ou não patrimonial e caso aquela possa ter lugar por ser conforme aos usos e costumes tem de ser sempre comunicada e registada;	X		X		

Identificação	Tipo de Risco	Risco/Evento	Avaliação Risco			Resposta	Controlo/ Medida	A medida está adoptada	Eficácia das medidas (se adoptadas)/Razões para sua não adopção		Explicações Adicionais (especialmente para situações em que se verifique uma não adopção)	Medida preventivas e/ou Corretivas adotar	
			Prob	Imp	Grau				Sim	Não			
R13	Operacional/Conformidade	Risco de inexistência de Imparcialidade no tratamento das pessoas, verificando-se privilégios e favorecimentos ilegítimos quer de utentes, quer de concorrentes e/ou de procedimentos, existindo interesses que condicionam as decisões em determinado sentido	Baixa (1)	Baixa (1)	Baixa (1)	Mitigar	<p>(1) Implementação da obrigação de inscrição e registo obrigatório de todos os convites, todas as consultas preliminares ao mercado e propostas de procedimentos contratuais e deliberações nesse âmbito declinados ou não aceites;</p> <p>(2) Implementação da obrigação de apresentação de declarações anuais de inexistência de conflitos de interesses e o respetivo registo;</p> <p>(3) Deliberações tomadas de forma unânime pelos intervenientes, sempre que comportem qualquer risco, seja ele de gestão, de corrupção e/ou de conflitos de interesses e em quaisquer consultas ao mercado, devendo estas ser sempre sujeitas a registo;</p> <p>(4) Recusa de qualquer vantagem patrimonial ou não patrimonial e caso aquela possa ter lugar por ser conforme aos usos e costumes tem de ser sempre comunicada e registada;</p>	x	x				
R14	Operacional/Conformidade	Corrupção e tráfico de influências em concursos públicos de provimento. Desrespeito pelos princípios da legalidade, da imparcialidade, da transparência e da justiça	Baixa (1)	Baixa (1)	Baixa (1)	Mitigar	<p>(1) Implementar o Código de Ética e Conduta, enquanto linha de atuação condutora para toda a Instituição;</p> <p>(2) Incorporar no plano de formação ações de formação sobre ética, obrigatorias para todos os funcionários da Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, E.P.E, nas quais se explana o conteúdo do Código de Ética e Conduta.</p>	x	x				
R15	Operacional/Conformidade	Risco de conflitos de interesses devido à existência de interesses pessoais que obstaculizam a escrupulosa e isenta verificação do pontual cumprimento das obrigações contratuais	Baixa (1)	Baixa (1)	Baixa (1)	Mitigar	<p>(1) Separação de atribuições e/ou responsabilidades entre diferentes pessoas, existindo uma segregação de funções;</p> <p>(2) Controlo e monitorização oportuna e regular;</p> <p>(3) Implementação de instrumentos que facilitem o controlo regular do cumprimento das obrigações contratuais; Implementação de instrumentos e/ou procedimentos que permitam a salvaguarda de elementos probatórios;</p>	x	x				
R16	Operacional/Conformidade	Favorecimento ilícito de doentes no acesso a meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, em detrimento de terceiros	Média (2)	Baixa (1)	Baixa (2)	Mitigar	<p>(1) Deliberações tomadas de forma unânime pelos intervenientes, sempre que comportem qualquer risco, seja ele de gestão, de corrupção e/ou de conflitos de interesses e em quaisquer consultas ao mercado, devendo estas ser sempre sujeitas a registo;</p> <p>(2) Recusa de qualquer vantagem patrimonial ou não patrimonial e caso aquela possa ter lugar por ser conforme aos usos e costumes tem de ser sempre comunicada e registada;</p> <p>(3) Implementar o Código de Ética e Conduta, enquanto linha de atuação condutora para toda a Instituição;</p> <p>(4) Incorporar no plano de formação ações de formação sobre ética, obrigatorias para todos os funcionários da Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, E.P.E, nas quais se explana o conteúdo do Código de Ética e Conduta.</p> <p>(5) Autorizações com descentralização dos níveis de aprovação diferentes do médico prescriptor.</p>	x	x				

Identificação	Tipo de Risco	Risco/Evento	Avaliação Risco			Resposta	Controlo/ Medida	A medida está adoptada		Eficácia das medidas /Razões para		Explicações Adicionais (especialmente para situações em que se verifique uma não adoção)	Medida preventivas e/ou Corretivas adotar
			Prob	Imp	Grau			Sim	Não	Sim	Não		
R17	Financeiro Conformidade	Risco de Conflitos de Interesses na Relação dos profissionais de saúde com a indústria farmacéutica, nomeadamente aquando da inexistência de comunicação de benefícios junto do INFARMED, tal como é imposto.	Baixa (1)	Baixa (1)	Baixa (1)	Mitigar	(1) Implementação da obrigação de apresentação de declarações anuais de inexistência de conflitos de interesses e o respetivo registo;	X		X			
R18	Financeiro Conformidade	Obtenção ilícita de compensações financeiras provenientes da indústria farmacéutica por parte de profissionais na colaboração em ensaios clínicos terapêuticos não autorizados pelo Conselho de Administração	Baixa (1)	Baixa (1)	Baixa (1)	Mitigar	(1) Recusa de qualquer vantagem patrimonial ou não patrimonial e caso aquela possa ter lugar por ser conforme aos usos e costumes tem de ser sempre comunicada e registada;	X		X			
							(2) Implementar o Código de Ética e Conduta, enquanto linha de atuação condutora para toda a Instituição;	X		X			
							(3) Incorporar no plano de formação ações de formação sobre ética, obrigatorias para todos os funcionários da Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, E.P.E, nas quais se explana o conteúdo do Código de Ética e Conduta.	X		X			
R19	Financeiro/Operacional/Conformidade	Risco de conflitos de interesses no exercício de atividades não autorizadas, em que inexiste declaração de conflitos de interesses, por desconhecimento e/ou inexistência de comunicação da acumulação de funções, que poderão ser incompatíveis entre si, inexistindo autorização para acumulação, em desconformidade com o estatuto legalmente, e mais precisamente em desacordo com o regime jurídico das incompatibilidades	Baixa (1)	Baixa (1)	Baixa (1)	Mitigar	(1) Obrigatóriamente de efetuar pedidos de acumulação de funções sempre que as mesmas se verifiquem;	X		X			
							(2) Monitorização do período de vigência da autorização, por forma a cumprir com os normativos legais;	X		X			
							(3) Registo de todos os trabalhadores com acumulação de funções; Monitorizar a verificação das autorizações de acumulação de funções;	X		X			
							(4) Efetuar um cruzamento de dados sobre assiduidade por forma a detetar situações que evidenciem incongruências nos horários praticados.	X		X			
R20	Conformidade Operacional	Risco da verificação de incidentes ambientais, decorrentes ou não do incumprimento da legislação ambiental, que possam se repercutir na imagem e credibilidade da instituição	Baixa (1)	Baixa (1)	Baixa (1)	Mitigar	(1) Controlo e monitorização oportuna e regular;						
							(2) Formação contínua ajustada à atividade desenvolvida e às respetivas necessidades.						
R21	Financeiro/Operacional/Conformidade	Risco de Reputação e Imagem, Risco de deterioração ou impacto significativo na imagem da Instituição, afetando a sua credibilidade e renome.	Baixa (1)	Baixa (1)	Baixa (1)	Mitigar	(1) Controlo e monitorização oportuna e regular;	X		X			
R22	Financeiro/Operacional	Risco na Segurança de pessoas, Risco da verificação de acidentes podendo estes ocorrer ou não com funcionários, potenciados ou não pelo específico contexto laboral, podendo ser nocivos à saúde das pessoas em geral	Baixa (1)	Baixa (1)	Baixa (1)		(1) Controlo e monitorização oportuna e regular;	X		X			Reforçar o trabalho desenvolvido pela Gestão da Qualidade e Segurança, nomeadamente no que diz respeito às notificações de eventos e seu controlo, uniformizando os procedimentos com os realizados na unidade hospitalar.
							(2) Formação contínua ajustada à atividade desenvolvida e às respetivas necessidades.	X		X			
							(3) Assegurar boas condições de higiene e segurança e a melhor qualidade de ambiente.	X		X			
								68	1	65	3		
								99%	1%	96%	4%		

## Anexo II- Grau de cumprimento das medidas preventivas do PPR para situações de risco elevado

Identificação	Tipo de Risco	Risco/Evento	Controlo/ Medida Preventiva e /ou Corretiva	A medida está adoptada		Eficácia das medidas/Razões para sua não adoção	Explicações Adicionais (especialmente para situações em que se verifique uma não adoção)	Medida preventivas e/ou Corretivas adotar
				Sim	Não			
Conselho de Administração	Operacional/Conformidade	Risco de inexistência, desadequação e/ou desatualização do sistema de controlo interno e de gestão de risco	(1) Implementação e/ou atualização de Manuais de procedimentos nas áreas administrativas e contabilísticas e posterior divulgação; (2) Auditoria interna adequada à dimensão e complexidade da Entidade; Implementação da gestão de risco e Compliance;	x		x		
					x		x	A ULSETEO E.P.E. continua a aguardar autorização para proceder à contratação de um profissional para o cargo de Auditor Interno.
Departamentos da Área dos Cuidados de Saúde Primários	Conformidade e Operacional	Risco na Capacidade instalada, Risco da existência de uma estrutura operacional desadequada, cujos meios humanos e funcionais não se coadunam às necessidades sentidas, podendo verificar-se quer um excesso, quer uma exigüa capacidade de resposta, que implica, por sua vez, custos e/ou perdas financeiras desmesuradas.	(1) Controlo e monitorização oportuna e regular	x		x		A ULS tem desenvolvido medidas para aumentar a resposta aos utentes sem médico de família, na sua área de abrangência, nomeadamente através de realização de videoconsultas médica, com consulta de enfermagem presencial. Para além de um aumento de resposta, esta medida permite a aproximação dos cuidados de saúde à população.
Serviço de Farmácia	Conformidade	Risco de Gestão do Conhecimento, Risco de ausência ou ineficiência dos procedimentos de captura, retenção, repartição e substituição de conhecimentos, que inviabilizem a imprescindível ampliação de capacidades, potenciando a desmotivação e podendo provocar a breve trecho ineficiências e incapacidade operacionais	(1) Divulgação e respetiva implementação das melhores práticas e conhecimentos à data existentes;	x				
			(2) Partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica;	x				
			(3) Formação continua ajustada à atividade desenvolvida e às respetivas necessidades;	x				
			(4) Implementação de práticas laborais que fomentem a motivação dos profissionais e das equipas;	x				
			(5) Aperfeiçoamento, atualização e incremento de ferramentas, aplicações e recursos informáticos;		x			Implementação do circuito do medicamento GAFH pendente
	Financeiro	Risco na Capacidade instalada, Risco da existência de uma estrutura operacional desadequada, cujos meios humanos e funcionais não se coadunam às necessidades sentidas, podendo verificar-se quer um excesso, quer uma exigüa capacidade de resposta, que implica, por sua vez, custos e/ou perdas financeiras desmesuradas	(1) Controlo e monitorização oportuna e regular.	x			x	Monitorização efetuada. Aguardo resposta ao pedido de ponto de situação

Identificação	Tipo de Risco	Risco/Evento	Controlo/ Medida Preventiva e /ou Corretiva	A medida está adoptada		Eficácia das medidas/Razões		Explicações Adicionais (especialmente para situações em que se verifique uma não adoção)	Medida preventivas e/ou Corretivas adotar	
				Sim	Não	Sim	Não			
Gabinete do Cidadão	Financeiro e Conformidade	Envio de resposta aos reclamantes fora do prazo previsto pela lei (10 dias)	(1) Cumprimento rigoroso de prazos e normativos em vigor;		x		x	Aumento exponencial do número de reclamações recebidas, provocando constrangimentos na capacidade de resposta atempada; Processos complexos que exigem análise técnica, clínica e/ou jurídica, o que prolonga naturalmente o tempo de resposta; Ausências prolongadas de colaboradores, afetando a capacidade operacional da equipa.		
			(2) Implementação de sistemas de alertas de prazos de resposta;	x		x				
	Financeiro e Conformidade		(3) Implementação da obrigatoriedade dos diretores de serviço de responderem dentro do prazo estipulado às questões que lhes são colocadas pelo Gabinete do Cidadão sob pena da necessária verificação de responsabilidade disciplinar;	x			x		Maior envolvimento/sensibilização da equipa de diretores para a importância do cumprimento dos prazos estipulados, e do seu papel na resposta tempestiva e completa às solicitações (reforçar enquadramento legal e institucional; demonstrar o impacto reputacional e na confiança do utente).	
	Financeiro e Conformidade	Risco da existência de uma estrutura operacional desadequada, cujos meios humanos e funcionais não se coadunam às necessidades sentidas, podendo verificar-se quer um excesso, quer uma exigua capacidade de resposta, que implica, por sua vez, custos e/ou perdas financeiras desmesuradas	(1) Controlo e monitorização oportuna e regular.	x		x				
Serviço de Gestão de Utentes	Financeiro e Conformidade	Risco de verificação de ameaças e falhas de cibersegurança, que possam comprometer a confidencialidade, disponibilidade e integridade da informação, elevando o perigo de acesso a dados reservados	(1) Implementação de medidas restritivas de acesso a determinadas informações e dados, assim como de minimização dos seus efeitos, verificando-se um acompanhamento regular dos procedimentos adotados;	x		x				
	Financeiro e Operacional	Risco de inobservância de normas legais e regulamentares aplicáveis, quer ao setor de atividade, quer internamente, de atuação desconforme com as leges artis, guidelines e/ou standards internacionais	(1) Implementar/actualizar procedimento acerca da correta identificação do doente, salvaguardando que consta na ficha de identificação do doente todas as informações imprescindíveis;	x		x				
			(2) Implementar o Código de Ética e Conduta, enquanto linha de atuação condutora para toda a Instituição;	x						
	Financeiro e Operacional	Risco de Incumprimento e ou limitação de acesso dos doentes aos cuidados de saúde, nomeadamente no que diz respeito à Lista de espera para a consulta externa, Lista de inscritos para Cirurgia e/ou Urgência	(3) Incorporar no plano de formação ações de formação sobre ética, obrigatórias para todos os funcionários da Unidade Local de Saúde, nas quais se explana o conteúdo do Código de Ética e Conduta.		x		x		Realização de formação	
	Financeiro e Operacional		(1) Monitorização mensal da Lista de inscritos para Cirurgia e Lista de espera para a consulta externa e dos tempos médios de espera;						O SGU não acompanha area de cirurgia	
			(2) Monitorização regular e oportuna de doentes consultados ou operados fora dos TMRG e devida classificação de prioridade;						O SGU não acompanha area de cirurgia	
			(3) Monitorização regular da atividade contratualizada;						O SGU não acompanha area de cirurgia	
	Financeiro e Operacional	Produção registada de forma errónea, não registada na sua completude, em tempo útil e/ou registo de atos não efetivados	(1) Monitorização regular e oportuna dos registos de produção através do cruzamento de dados, por forma a verificar se os mesmos se encontram conformes;	x		x				
			(2) Implementação de procedimentos que permitam o respetivo controlo, assim como a implementação de ações corretivas;	x		x				
			(3) Monitorizar os prazos de registo da produção, por forma a que caso existam atrasos estes não se repercutam na respetiva faturação e/ou noutras situações;	x		x				

Identificação	Tipo de Risco	Risco/Evento	Controlo/ Medida Preventiva e /ou Corretiva	A medida está adoptada		Eficácia das medidas /Razões para sua não adoção	Explicações Adicionais (especialmente para situações em que se verifique uma não adoção)	Medida preventivas e/ou Corretivas adotar
				Sim	Não			
Serviço de Gestão de Recursos Humanos	Conformidade	Risco de Gestão do Conhecimento, ausência ou ineficiência dos procedimentos de captura, retenção, repartição e substituição de conhecimentos, que inviabilizem a imprescindível ampliação de capacidades, potenciando a desmotivação e podendo provocar a breve trecho ineficiências e incapacidade operacionais	(1)Divulgação e respetiva implementação das melhores práticas e conhecimentos à data existentes;	X	X			
			(2)Partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica;	X	X			
			(3)Formação continua ajustada à atividade desenvolvida e às respetivas necessidades;	X	X			
			(4)Implementação de práticas laborais que fomentem a motivação dos profissionais e das equipas;	X	X			
			(5)Aperfeiçoamento, atualização e incremento de ferramentas, aplicações e recursos informáticos;	X	X			
Serviço de Gestão Hoteleira e de Frota	Financeiro e Operacional	Risco de Gestão do Conhecimento, Risco de ausência ou ineficiência dos procedimentos de captura, retenção, repartição e substituição de conhecimentos, que inviabilizem a imprescindível ampliação de capacidades, potenciando a desmotivação e podendo provocar a breve trecho ineficiências e incapacidade operacionais.	(1)Divulgação e respetiva implementação das melhores práticas e conhecimentos à data existentes;	X	X			
			(2)Partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica;	X	X			
			(3) Formação continua Divulgação e respetiva implementação das melhores práticas e conhecimentos à data existentes;	X	X			
			(4)Partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica; Formação continua.	X	X			
	Financeiro/ Conformidade	Risco para a Reputação e imagem, Risco de deterioração ou impacto significativo na imagem da Instituição, afetando a sua credibilidade e renome	(1)Controlo e monitorização oportuna e regular.	X	X			Sugeria o recrutamento de um TS, devido ao aumentado volume de trabalho, de modo a garantir o adequado acompanhamento deste serviço.
	Financeiro e Operacional	Risco de incumprimento do procedimento de limpeza contratualizado, em todas as suas etapas, de acordo com o que consta no respetivo Caderno de Encargos	(1)Implementação de Auditorias internas regulares;	X	X			
			(2)Observação detalhada das reclamações ao efetuadas ao Gabinete do Utente neste âmbito e confrontar o prestador de serviços com tais factos, apurando-se se se verificam incumprimentos contratuais e caso tal se verifique aplicar o estatuto contratualmente para a verificação de tais situações.	X	X		A resposta por parte dos prestadores tem sido demorada e fora dos prazos estabelecidos, apesar de ter sido reiteradamente solicitada pelo serviço	
	Financeiro e Operacional	Incumprimento do prestador do estabelecido contratualmente quanto a horários de distribuição de refeições	(1)Implementação de Auditorias internas regulares, por equipa multidisciplinar;	X	X			
			(2)Observação detalhada das reclamações ao efetuadas ao Gabinete do Cidadão e/ou dos serviços neste âmbito e confrontar o prestador de serviços com tais factos, apurando-se se se verificam incumprimentos contratuais e caso tal se verifique aplicar o estatuto contratualmente para a verificação de tais situações;	X	X		Realizou-se uma reunião com os responsáveis da such, para implementação de medidas.	
			(3) Registo biométrico obrigatório;	X	X			

Identificação	Tipo de Risco	Risco/Evento	Controlo/ Medida Preventiva e /ou Corretiva	A medida está adoptada		Eficácia das medidas /Razões		Explicações Adicionais (especialmente para situações em que se verifique uma não adoção)	Medida preventivas e/ou Corretivas adotar
				Sim	Não	Sim	Não		
Serviço de Compras e Aprovisionamento	Financeiro e Operacional	Interrupção/ausência de fornecimento pelo fornecedor	(1)Lista ou Base de dados de fornecedores ampla e diversificada, todos eles capazes de satisfazer as necessidades da Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, E.P.E, que inclua pelo menos três fornecedores para o mesmo tipo de bem/serviço.	x		x		O SCA possui um histórico robusto de fornecedores em que é possível adquirir os mesmos bens e serviços, sendo assim possível a continuidade na prestação de cuidados de saúde sem interrupção e/ou ausência de fornecimento, quer de bens quer de serviços.	
Serviço de Instalações e Equipamentos	Conformidade	Risco de Gestão do Conhecimento, Risco de ausência ou ineficiência dos procedimentos de captura, retenção, repartição e substituição de conhecimentos, que inviabilizem a imprescindível ampliação de capacidades, potenciando a desmotivação e podendo provocar a breve trecho ineficiências e incapacidade operacionais	(1)Divulgação e respetiva implementação das melhores práticas e conhecimentos à data existentes;		x		x	Algumas práticas não são as melhores mas o SIE regula-se perante as orientações dadas.	
			(2)Partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica;	x		x			
			(3)Formação contínua ajustada à atividade desenvolvida e às respetivas necessidades;		x		x	Plano de formação sem seguimento, SIE já questionou algumas vezes o porquê.	
			(4)Implementação de práticas laborais que fomentem a motivação dos profissionais e das equipas;	x			x		
	Financeiro/ Conformidade	Incêndio e inundações	(5)Aperfeiçoamento, atualização e incremento de ferramentas, aplicações e recursos informáticos;	x		x			
Serviço de Sistemas de Informação	Financeiro e Operacional	Falhas na proteção contra Malware	(1)Monotorização regular dos controlos de deteção, prevenção e recuperação, por forma a efetuar a salvaguarda de códigos maliciosos, através da implementação de antivírus convenientes e eficazes.	x					
Serviço de Assuntos Jurídicos e Gestão de Contratos	Conformidade	Envio de resposta aos reclamantes fora do prazo previsto pela lei (10 dias)	(1)Cumprimento rigoroso de prazos e normativos em vigor;	x		x			
			(2)Implementação de sistemas de alertas de prazos de resposta;		x		x		
			(3)Implementação da obrigatoriedade dos diretores de serviço de responderem dentro do prazo estipulado às questões que lhes são colocadas pelo Gabinete do Cidadão sob pena da necessária verificação de responsabilidade disciplinar;	x		x			