



## Plano de prevenção de riscos de gestão

(incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas)

**Serviço de Auditoria Interna**

---

**Fernandina Oliveira**

Abril – 2019

## Índice

Siglas.....	2
Introdução .....	3
Caracterização da ULSM .....	4
Organização da ULSM.....	6
Responsáveis.....	10
Sistema de controlo interno .....	11
Gestão de risco .....	13
Auditoria interna .....	15
Comunicação de irregularidades .....	16
Código de Conduta Ética .....	16
Conflito de interesses .....	17
Mapa de riscos e controlos .....	18
Estratégias de aferição do plano .....	35
Responsabilidade .....	35
Reavaliação .....	35
Monitorização .....	35
Relatório de execução.....	35
Glossário.....	36

## Siglas

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde

**ACESM** – Agrupamento de Centros de Saúde de Matosinhos

**ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

**CA** – Conselho de Administração

**CCA** – Conselho Coordenador da Avaliação

**CG** – Conselho de Gestão

**CPC** – Conselho de Prevenção da Corrupção

**CTA** - Comissões Técnicas de Análise

**DPO** - *Data Protection Officer*

**DTI** – Departamento de Tecnologias de Informação

**GC** – Gabinete de Contratualização

**GRIEC** - Gabinete para as Relações Internacionais Europeias e de Cooperação

**I** - Impacto

**J** – Jurista

**P** - Probabilidade

**PGRICIC** – Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

**PPRG** - Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

**RI** – Risco inerente

**ROC** – Revisor Oficial de Contas

**SC** – Serviço de Compras

**SF** – Serviços Farmacêuticos

**SGF** – Serviço de Gestão Financeira

**SGRH** – Serviço de Gestão de Recursos Humanos

**SL** – Serviço de Logística

**SIE** – Serviço de Instalações e Equipamentos

**SPCG** – Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão

**TC** – Tribunal de Contas

**ULGA** – Unidade Local de Gestão do Acesso

**ULSM** – Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.

## Introdução

De acordo com o preconizado na recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 1 de Junho de 2009 *as entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, seja qual for a sua natureza, devem elaborar planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas*. Em cumprimento da referida recomendação a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE elaborou o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

Tendo em consideração a recomendação nº 5/2012 do Conselho de Prevenção da Corrupção, a gestão dos riscos inerentes aos conflitos de interesses foi integrada no PGRIC, embora nos planos dos anos anteriores parte desses riscos já estavam identificados e mitigados.

Em janeiro de 2015 o CPC elencou várias recomendações para a área da contratação pública, recomendações essas que já estavam contempladas no PGRIC.

A recomendação de 1 de julho de 2015 do CPC vem alargar o âmbito do plano por forma a incluir de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção – Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRG).

O PPRG identifica os riscos gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas, bem como, os controlos implementados e/ou a implementar que mitiguem (previnam) os riscos, minimizando a probabilidade de ocorrência e o impacto que tais eventos possam ter na prossecução dos objetivos institucionais.

Foram identificadas como áreas de maior risco: a contratação pública, os recursos humanos, os sistemas de informação, financeira, conflito de interesses e produção. Para essas áreas foi efetuado o levantamento dos riscos, bem como os controlos implementados. O risco inerente foi graduado em função da probabilidade de ocorrência e impacto.

Cabe ao responsável de cada um dos Departamentos/Serviços/Unidades o levantamento dos riscos e a implementação de sistemas de controlo adequados e, sempre que ocorram novos eventos, rever os riscos e respetivos controlos

Tendo presente a dinâmica da ULSM, anualmente os responsáveis são convidados a refletir sobre os riscos e controlos das suas áreas por forma a aferirem da sua pertinência/eficácia e fazerem as atualizações que entendam adequadas.

O Serviço de Auditoria Interna elabora o PPRG e o relatório anual de execução do plano.

## Caracterização da ULSM

Em 1999, com a publicação do Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho, foi criada a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, primeira unidade local de saúde. Esta experiência inovadora nasceu da necessidade de dar resposta às exigências cada vez maiores da população em matéria de acesso e satisfação das suas necessidades em saúde, com níveis de qualidade acrescidos. Através de uma reengenharia do sistema de saúde numa perspetiva organizacional, foram criadas as condições de integração dos cuidados de saúde primários e hospitalares, partilhando responsabilidades e recursos.

Em 2005, pelo Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, é transformada em entidade pública empresarial. Atualmente a ULSM é regulada pelos Estatutos publicados no anexo III ao Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

Integrada no Serviço Nacional de Saúde, a ULSM tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde, a todos os cidadãos em geral, designadamente aos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), às entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e aos cidadãos estrangeiros não residentes no âmbito da legislação nacional e internacional em vigor.

A ULSM, também tem por objeto assegurar as atividades de serviços operativos de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida e desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos— programa em que se definam as respetivas formas de financiamento.

## Visão

A ULSM assume-se como modelo de excelência e de referência na promoção da saúde, na prevenção da doença e na prestação de cuidados integrados, centrados na pessoa e na comunidade.

## Missão

A ULSM tem por missão promover a saúde com base na identificação das necessidades da comunidade, garantindo o acesso a cuidados de saúde integrados, preventivos, personalizados, humanizados, de excelência técnica, científica e relacional, ao longo de todo o ciclo vital, criando um forte sentido de vinculação e confiança nos colaboradores e nos utentes.

## Valores fundamentais

São valores fundamentais da ULSM:

- Valor primordial da vida e dignidade da pessoa humana;
- Atitude de serviço;
- Competência;
- Eficiência;
- Equidade;
- Acessibilidade;
- Integridade;
- Qualidade;
- Responsabilidade.

## Atribuições

São atribuições da ULSM a prestação cuidados primários e continuados de saúde à população do concelho de Matosinhos, a prestação cuidados diferenciados de saúde à população da sua área de influência e outras que a esta se dirijam, assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde no concelho de Matosinhos, assegurar a prestação cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, de forma integrada, consubstanciando um *continuum* de cuidados centrados na pessoa do utente e a promoção do processo de investigação e formação contínua, pré e pós-graduada, de profissionais do setor, prevendo a celebração de acordos com as entidades competentes.



## Organização da ULSM

A ULSM está organizada internamente de acordo com as normas e critérios técnicos genéricos definidos pela tutela em função das suas atribuições e área de atuação específica, estando definida no Regulamento Interno a estrutura orgânica com base em serviços agregados em departamentos e englobando unidades funcionais, bem como estruturas orgânicas de gestão intermédia.

Na ULSM existe um Serviço de Auditoria Interna, que é dirigido por um auditor nos termos dos Estatutos.

### Órgãos sociais

- Conselho de Administração
- Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas
- Conselho Consultivo

### Comissões de apoio técnico

- Comissão de Integração de Cuidados de Saúde
- Comissão de Catástrofe
- Comissão de Farmácia e Terapêutica
- Comissão Médica
- Direção de Enfermagem
- O Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica
- Comissão de Ética
- Conselho Clínico e de Saúde
- Comissão de Coordenação Oncológica
- Comissão Local de Informatização Clínica
- Comissão Local de Proteção de Dados Pessoais
- Comissão de Qualidade e Segurança do Doente
- Comissão de Normalização do Equipamento e Material de Consumo
- Direção de Internato Médico
- Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
- Grupo Coordenador do Programa para a Infecção VIH/SIDA e Tuberculose
- Grupo de Gestão de Resíduos
- Grupo Coordenador para a Abordagem da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho
- Comissão de Promoção do Aleitamento Materno
- Comissão Técnica de Certificação da Conformidade da IVG



Comissão Transfusional  
Conselhos Coordenadores de Avaliação  
Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco  
Núcleo de Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida  
Equipas para Prevenção da Violência em Adultos  
Responsável de Acesso à Informação

#### Atividade assistencial

##### Cuidados de saúde primários

Centro de Saúde de Leça da Palmeira;  
Centro de Saúde Matosinhos;  
Centro de Saúde da Senhora da Hora;  
Centro de Saúde de São. Mamede de Infesta;  
CDP de Matosinhos  
Serviço de Atendimento a Situações Urgentes;  
Unidade de Saúde Pública  
Sanidade de Fronteiras  
Unidade de Apoio à Gestão

##### Cuidados hospitalares

Departamento de Medicina  
Departamento de Cirurgia  
Departamento de Anestesia  
Departamento de Mulher, da Criança e do Jovem  
Departamento de Emergência e Medicina Intensiva  
Departamento de Saúde Mental  
Centro de Ambulatório  
Departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

##### Cuidados continuados

Equipa de Cuidados Paliativos;  
Equipa de Suporte ao Doente Crónico Complexo;  
Equipa de Gestão de Altas;  
Equipa Coordenadora Local

#### Suporte à prestação de cuidados

Serviços Farmacêuticos  
Serviço de Nutrição

Serviço Social

Unidade de Gestão de Camas

Assistência Espiritual e Religiosa

#### Gestão e logística

Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Gestão Documental

Departamento de Compras e Logística

Departamento de Tecnologias de Informação

Serviços Hoteleiros

Serviço de Instalações e Equipamentos

Serviço de Gestão Financeira

Serviço de Gestão de Risco

Serviço de Gestão do Conhecimento:

Gabinete de Codificação

Gabinete de Ensino Médico Pré-Graduado

Serviço de Investigação, Epidemiologia Clínica e de Saúde Pública que inclui

Gabinete de Saúde Ocupacional

Gabinete de Simplificação e Reengenharia de Processos

Gabinete da Qualidade e Governação Clínica

Unidade Local de Gestão do Acesso

#### Suporte ao Conselho de Administração

Serviço de Auditoria Interna

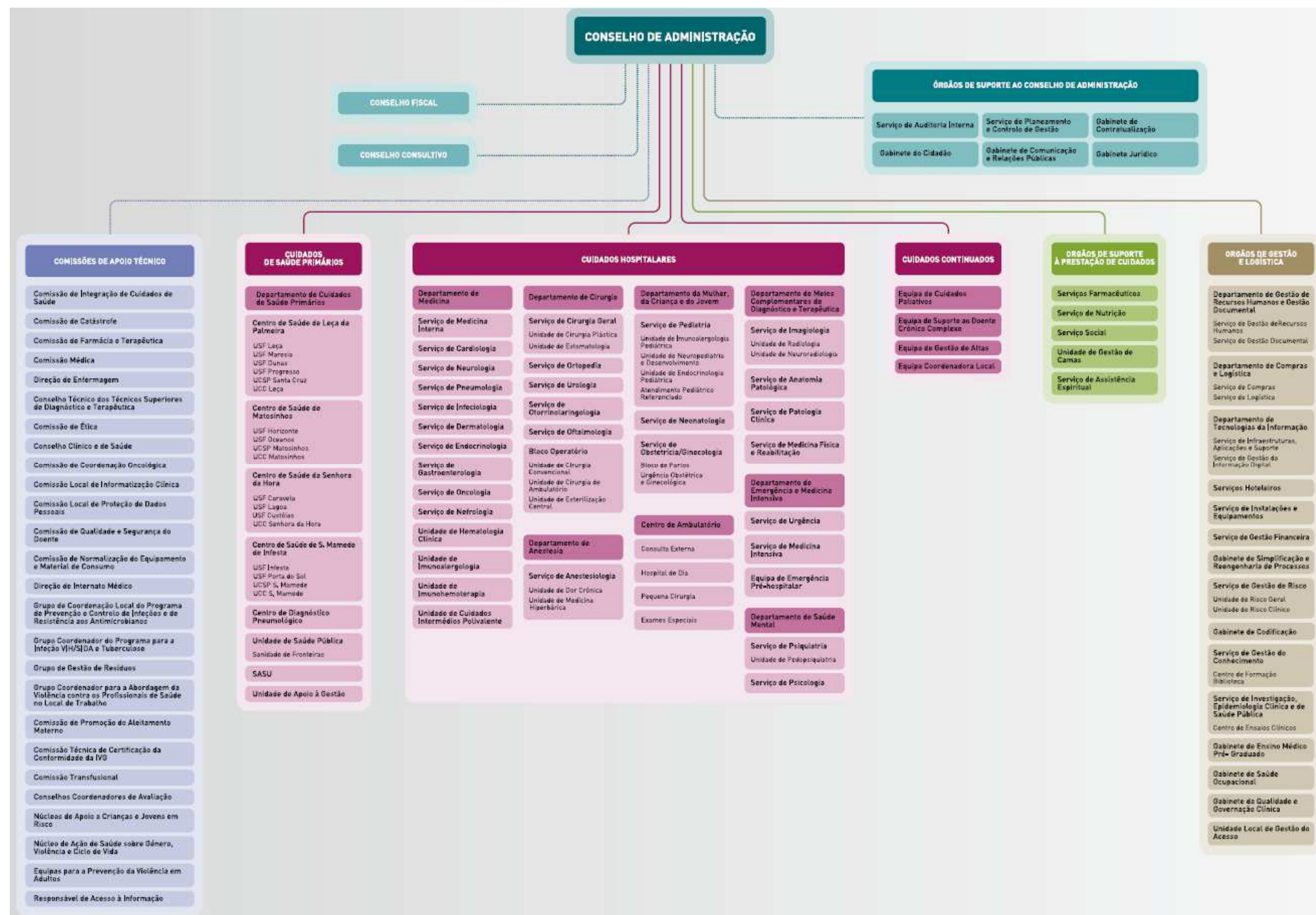
Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão

Gabinete do Cidadão

Gabinete de Contratualização

Gabinete Jurídico

Gabinete de Comunicação e Relações Públicas



## Responsáveis

Aos responsáveis dos serviços compete a identificação e avaliação dos riscos inerentes à sua atividade, assim como o desenho dos controlos adequadas à sua mitigação.

A identificação dos riscos é fundamental para avaliar a exposição da organização ao elemento incerteza. Esta avaliação exigiu, e exige, um levantamento exaustivo dos processos identificados como sendo de maior risco.

Os profissionais são encorajados a refletir sobre os procedimentos instituídos por forma a, sempre que entenderem pertinente, apresentarem aos seus superiores hierárquicos propostas de melhoria dos controlos existentes para os riscos inerentes à sua área de atuação.

O Conselho de Administração é o órgão máximo com responsabilidades de gestão de risco. No entanto, cabe ao responsável de cada um dos Departamentos/Serviços/Unidades o levantamento dos riscos e a implementação de sistemas de controlo adequados e, sempre que ocorram novos eventos, rever os riscos e respetivos controlos.

## Sistema de controlo interno

O sistema de controlo interno compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos na ULSM com vista a garantir, nomeadamente:

- Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e recursos, a continuidade, a segurança e a qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas;
- A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;
- O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações tutelares e recomendações aplicáveis de entidades externas como o Tribunal de Contas.

Os procedimentos de controlo interno visam, ainda, assegurar:

- A salvaguarda da legalidade e regularidade na elaboração e execução dos documentos orçamentais, financeiros e contabilísticos;
- O cumprimento das deliberações do Conselho de Administração e decisões dos respetivos titulares;
- A salvaguarda do património;
- A exatidão e integridade dos registos contabilísticos e a fiabilidade de toda a informação produzida;
- A utilização eficaz e adequada dos fundos dentro dos pressupostos legalmente atribuíveis para a assunção de encargos;
- O registo atempado e pelas quantias corretas de todas as receitas e despesas nos documentos apropriados e dentro do período contabilístico a que dizem respeito;
- O controlo das aplicações e do ambiente informático;
- O incremento de critérios rigorosos de gestão que proporcionem uma resposta eficaz e eficiente a todas as solicitações;
- A implementação de normas e procedimentos que visam a qualidade de todas as atividades desenvolvidas.

Compete ao Conselho de Administração assegurar um adequado sistema de controlo interno, bem como a sua implementação e manutenção e o auditor interno a sua avaliação.

Por forma a sistematizar os mecanismos de controlo interno existentes na instituição, a ULSM costumizou os Manuais de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos recomendados pela ACSS e, sempre que se

justifica do ponto de vista funcional, são elaborados procedimentos administrativos e contabilísticos, de âmbito específico ou transversal, que pretendem formalizar as formas de proceder em determinadas áreas, processos ou atividades.

Os manuais de procedimentos administrativos e contabilísticos permitem estabelecer e divulgar de forma sistemática, simples e coerente as melhores práticas de controlo interno em relação aos principais processos, tendo presente o impacto operacional e financeiro. O Gabinete da Qualidade garante a sua disponibilização e divulgação.

A implementação dos manuais e dos procedimentos é avaliada periodicamente pelo auditor interno que, sempre que se justifique, propõe alterações com o objetivo de melhorar o controlo interno, tendo sempre como foco mitigar o risco.

No âmbito da certificação pelo referencial normativo ISO 9001:2015, a ULSM tem implementado um sistema de gestão da qualidade promovendo a melhoria contínua dos seus processos e, assim, minorando os riscos inerentes às atividades.

O sistema de controlo interno tem por base um adequado sistema de gestão de risco, um sistema de informação e de comunicação e um processo de monitorização que assegure a respetiva adequação e eficácia em todas as áreas de intervenção

Dos vários mecanismos de controlo interno implementados na ULSM, destacam-se:

- Código de Conduta Ética;
- Código de Conduta do Gestor Público;
- Procedimentos administrativos e contabilísticos;
- Certificação pelo referencial normativo ISO 9001:2015;
- Regulamento Interno;
- Segregação de funções;
- Formação contínua dos recursos humanos;
- Política de conflitos de interesses;
- Comunicação de irregularidades.

A fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial é exercida por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas o que reforça o princípio da segregação entre a administração e a fiscalização da entidade no modelo de organização vigente.

Para além dos mecanismos internos, todo o processo de divulgação de informação financeira é acompanhado e validado por entidades externas, nomeadamente o Tribunal de Contas, a Direção Geral do Tesouro e Finanças, Inspeção Geral das Atividades em Saúde e Administração Central dos Sistemas de Saúde, IP.

## Gestão de risco

A identificação dos riscos é fundamental para avaliar a exposição da organização ao elemento incerteza. Esta avaliação exigiu, e exige, um levantamento exaustivo dos processos identificados como sendo os mais críticos.

Aos responsáveis dos serviços compete a identificação e avaliação dos riscos inerentes à sua atividade, assim como o desenho dos controlos adequadas à sua mitigação.

Os profissionais são encorajados a refletir sobre os procedimentos instituídos por forma a, sempre que entenderem pertinente, apresentarem aos seus superiores hierárquicos propostas de melhoria dos controlos existentes para os riscos inerentes à sua área de atuação.

A metodologia utilizada passa por numa primeira fase identificar os riscos que, caso se concretizem, poderão por em causa a estratégia da ULSM. Essa avaliação tem por base a probabilidade de ocorrência e o impacto. Após a priorização dos riscos identificados, é definida a resposta e desenvolvidos os mecanismos de controlo adequados à sua mitigação (políticas, procedimentos, formação, sistemas de informação, cultura de gestão de risco, envolvimento dos profissionais, responsabilização, *key risk indicators* etc).

A política de risco da ULSM tem por base a avaliação do risco, realizada de acordo com Norma de Gestão de Riscos da Federação das Associações Europeias de Gestão de Risco (FERMA).

Na sequência dessa avaliação o risco é priorizado, tendo em conta a probabilidade e o impacto e são definidos os controlos adequados à sua mitigação.

### Probabilidade

1	Baixa	Improvável que ocorra
2	Média	Pode ocorrer mais do que uma vez ao longo de um ano
3	Alta	Potencial para ocorrer diversas vezes ao longo de um ano

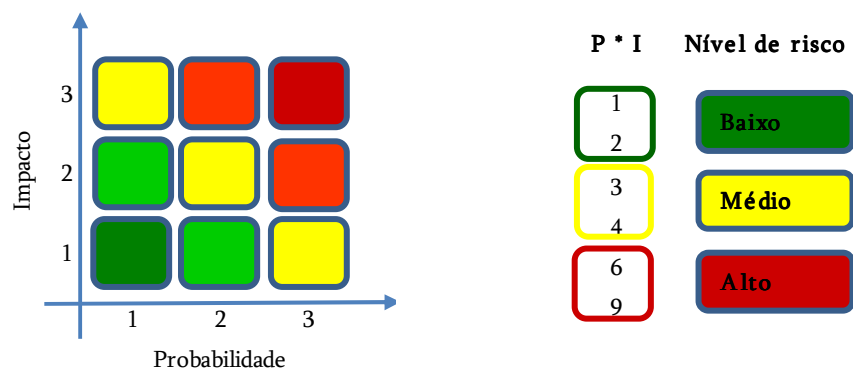
### Impacto

1	Baixo	Impacto baixo sobre as actividades operacionais da organização
2	Médio	Impacto moderado sobre as actividades operacionais da organização
3	Alto	Impacto significativo sobre as actividades operacionais da organização

Adaptado da Norma de Gestão de Riscos da Federação das Associações Europeias de Gestão de Risco (FERMA)



## Nível de risco inerente



O Conselho de Administração é o órgão máximo com responsabilidades de gestão de risco.

O Auditor Interno apoia os vários serviços na elaboração de processos de gestão de risco e avalia a eficácia dos controlos.

## Auditoria interna

Compete ao Serviço de Auditoria Interna da ULSM, de acordo com o artigo 19º do Anexo III ao Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro, a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo. Compete em especial a este serviço:

- a) Fornecer ao conselho de administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;
- b) Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da ULSM, apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;
- c) Elaborar o plano anual de auditoria interna;
- d) Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar;
- e) Elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução.

O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução são aprovados e submetidos pelo conselho de administração ao conselho de prevenção da corrupção e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

O Serviço de Auditoria Interna elabora anualmente o plano de trabalho de acordo as áreas críticas identificadas e que devem ser objeto de avaliação, com vista à verificação de eficiência dos procedimentos e normas de controlo interno em vigor, face aos riscos identificados e, sempre que possível, melhorar os procedimentos instituídos. Essa avaliação é efetuada através de auditoria de serviços e processos, contínuas e específicas e melhoria de processos. Anualmente é elaborado o relatório da atividade desenvolvida, com referência aos controlos efetuados, às anomalias detetadas e às medidas corretivas propostas. O plano e o relatório são remetidos pelo Conselho de Administração aos órgãos de superintendência, tutela e controlo.

## Comunicação de irregularidades

No âmbito do reforço das boas práticas de governação, o Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, consagra os princípios orientadores de uma política interna de comunicação de irregularidades, criando, deste modo, condições para fomentar uma cultura de maior transparência e responsabilização da governação hospitalar.

A ULSM implementou em 2014 um sistema de comunicação de irregularidades e o auditor interno elaborou o regulamento onde estão definidas as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades ocorridas na esfera de influência da ULSM, designadamente quanto aos meios e tratamento, incluindo garantia de confidencialidade e proibição de retaliações.

O sistema garante a receção e tratamento, de forma direta e confidencial, de comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da ULSM apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral, que indiciem:

- Violação de princípios e disposições legais, regulamentares e deontológicos por parte dos membros dos órgãos estatutários, trabalhadores, fornecedores de bens e prestadores de serviços no exercício dos seus cargos profissionais;
- Dano, abuso ou desvio relativo ao património da ULSM ou dos utentes;
- Prejuízo à imagem ou reputação da ULSM.

Compete ao Conselho de Administração assegurar a manutenção do sistema de comunicação de irregularidades e ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação.

Compete, ainda, ao auditor interno receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da ULSM.

## Código de Conduta Ética

A ULSM adota o Código de Conduta Ética, aplicável a todos os profissionais independentemente do vínculo contratual, o qual pretende ser um guia orientador na prossecução dos objetivos da instituição.

O Código de Conduta Ética divide-se em duas partes: na primeira parte apresenta os valores fundamentais da instituição e na segunda parte, o Código de Conduta, elenca os princípios pelos quais se regem todos os profissionais da ULSM.

O Código de Conduta explana os princípios basilares de atuação dos profissionais, nomeadamente no que respeita a:

- Responsabilidade social;
- Compromisso ambiental;

- Formação e investigação;
- Recursos humanos;
- Conflito de interesses;
- Atendimento prioritário;
- Relações interpessoais;
- Sigilo profissional;
- Relações externas;
- Serviço público;
- Relacionamento com as entidades reguladoras;
- Património;
- Desmaterialização de atos e procedimentos;
- Comunicação de irregularidades;
- Divulgação de informação;
- Legalidade;
- Auditoria Interna.

### Conflito de interesses

Em 2013, e tendo em consideração a recomendação nº 5/2012 do Conselho de Prevenção da Corrupção, os riscos inerentes aos conflitos de interesses foram integrados no PGRIC, embora nos planos dos anos anteriores parte desses riscos já estavam identificados e mitigados.

Ainda em 2013, o Conselho de Administração aprovou a política de conflitos de interesses a qual elenca os possíveis conflitos de interesses e apresenta medidas consideradas razoáveis e adequadas à dimensão da ULSM para mitigar o risco da sua ocorrência.

Os instrumentos normativos que abordam o tema dos conflitos de interesses têm por base a salvaguarda de princípios como legalidade, justiça, imparcialidade, integridade, lealdade, confiança e ética. Estes princípios estão explícitos no Código de Conduta Ética da ULSM.

Dos controlos internos gerais de prevenção nas atividades potenciadoras de conflitos de interesses implementados destacam-se:

- Segregação de funções;
- Barreiras na circulação de informação (*chinese walls*);
- Procedimentos preventivos de conflitos de interesses.

## Mapa de riscos e controles

O PPRG identifica os riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas, bem como, os controles implementados e/ou a implementar que mitiguem (previnam) os riscos, minimizando a probabilidade de ocorrência e o impacto que tais eventos possam ter na prossecução dos objetivos institucionais.

Foram identificadas como áreas de maior risco: a contratação pública, os recursos humanos, os sistemas de informação, financeira, conflito de interesses e produção. Para essas áreas foi efetuado o levantamento dos riscos, bem como os controles implementados. O risco inerente foi graduado em função da probabilidade de ocorrência e impacto.

Cabe ao responsável de cada um dos Departamentos/Serviços/Unidades o levantamento dos riscos e a implementação de sistemas de controlo adequados e, sempre que ocorram novos eventos, rever os riscos e respetivos controles.

Área: Conflito de interesses						
Evento	P	I	RI	Controlos	Responsáveis	
Acumulação de funções sem formalização	2	3	6	<p>Formalizar a tomada de conhecimento Código de Conduta Ética onde estão explanadas as normas que visam a prevenção da existência de conflito de interesses</p> <p>Declarações de incompatibilidades</p> <p>Alerta aos profissionais, através dos mecanismos internos de comunicação, da necessidade de formalização das situações de acumulação de funções</p> <p>Todos os funcionários que se encontram em regime de acumulação de funções devem informar ou solicitar autorização, consoante o tipo de vínculo</p>	CA e SGRH	
Aceitar qualquer espécie de bonificação	2	3	6	<p>Política de conflito de interesses</p> <p>Código de Conduta do Gestor Público</p> <p>Código de Conduta Ética da ULSM</p>	CA	
Conflito de interesses na contratação pública	3	3	9	<p>Verificar o cumprimento da legislação aplicável e normas internas que obrigam os profissionais a declararem a existência de conflitos de interesses, designadamente:</p> <p>Identificação e registo das situações de impedimento na composição dos júris de procedimento;</p> <p>Obtenção de declarações dos interesses privados dos profissionais envolvidos na contratação pública.</p>	SC	
Trabalhadores que aceitem cargos em entidades privadas	2	3	6	<p>Todos os funcionários que se encontram em regime de acumulação de funções devem informar ou solicitar autorização, consoante o tipo de vínculo</p> <p>Legislação aplicável</p>		
Trabalhadores que deixaram o cargo público para exercerem atividades privadas	2	3	6	Procedimentos de deteção de violação do dever de sigilo	CA	

Área: Conflito de interesses					
Evento	P	I	RI	Controlos	Responsáveis
				Código de Conduta do Gestor Público	
Divulgação de informação confidencial	3	3	9	Perfis de acesso criados em função da categoria profissional, partindo sempre do princípio do minimizado acesso a dados	DTI
				Procedimentos de deteção de violação do dever de sigilo	
Utilização das instalações, equipamento e serviços da ULSM para servir interesses privados/pessoais	3	3	9	Auditorias às listas de espera	CG e ULGA
				Análise periódica da proveniência e destino de doentes atendidos no Serviço de Urgência	
Independência e conflito de deveres	3	3	9	Códigos de Conduta Ética e Deontologia Profissional	CA



Área: Contratação Pública					
Evento	P	I	RI	Controlos	Responsáveis
Inexistente ou deficiente avaliação das necessidades de contratação	3	3	9	Planos de atividades por Departamento/Serviço/Unidade aprovados pelo CA Relatório de atividades por Departamento/Serviço/Unidades Contratualização interna com os Departamentos/Serviços Normas técnicas e relatórios técnicos Pedido de autorização acompanhado de justificação e análise custo-benefício Circuito de autorização das contratações	CA, Departamentos, Serviços, Unidades, SIE, SL e SF
Estimativas de custos desajustadas com os objetivos dos Departamentos/Serviços/Unidades	2	3	6	Planos de atividades por Departamento/Serviço/Unidade aprovados pelo CA Contratualização interna com os Departamentos/Serviços/Unidades Utilização de instrumentos que permitem fazer projeções com base em histórico de aquisições anteriores	SPCG, Departamentos, Serviços e Unidades
As responsabilidades dos intervenientes no processo de aquisição de bens e serviços não estão claramente definidas	2	2	4	Descrição do conteúdo funcional no Regulamento Interno e identificação dos profissionais envolvidos no processo, por forma a reconhecer, previamente, a responsabilidade de cada interveniente Segregação de funções	SC
Inexistente ou deficiente verificação e certificação dos procedimentos pré-contratuais	3	3	9	Parecer de conformidade legal e administrativa Verificação dos procedimentos pré-contratuais	SC
Inexistência de critérios na escolha do processo	3	3	9	Parecer de conformidade legal e administrativa Procedimento com critérios de escolha de processo	SC
Identificação do fornecedor no pedido de autorização para contratar	3	2	6	Contratações centralizadas em um único serviço Cumprimento da legislação aplicável	CA e SC

Área: Contratação Pública					
Evento	P	I	RI	Controlos	Responsáveis
				Parecer de conformidade legal e administrativa Cumprimento do procedimento de contratação Promover a concorrência	
Recorrer a ajuste direto sem justificação bastante	3	2	6	Procedimento com a definição das condições da adoção do ajuste direto Cumprimento da legislação aplicável Parecer de conformidade legal e administrativa Promover a concorrência através da consulta a mais do que um concorrente	SC e CA
Desadequada ou inexistente fundamentação para a escolha do procedimento	3	2	6	Parecer de conformidade legal e administrativa Fundamentar a escolha do procedimento com base na legislação e orientações em vigor	SC e CA
Cadernos de encargos incompletos, sem contemplar todas as especificações técnicas ou com cláusulas discriminatórias	3	2	6	Especificações técnicas definidas no caderno de encargos adequadas à natureza das prestações objeto do contrato a celebrar Parecer de conformidade legal e administrativa Verificação dos requisitos fixados por forma a impedir o afastamento de concorrentes, mediante a imposição de condições inusuais ou demasiado exigentes e/ou restritivas	SC, CTA e Júris
Negociação e redação do contrato feita pelo mesmo profissional	2	2	4	Parecer de conformidade legal e administrativa Segregação de funções com diferentes níveis de avaliação e decisão	SC
CrITÉrios subjetivos na avaliação das propostas	3	3	9	Grelhas de avaliação das propostas definidas antes de conhecidos os candidatos Informação clara aos interessados dos critérios e fatores de avaliação das propostas Parecer de conformidade legal e administrativa Procedimento com a definição clara de critérios por forma a assegurar soluções iguais para situações análogas	SC

Área: Contratação Pública					
Evento	P	I	RI	Controlos	Responsáveis
				Parecer de conformidade legal e administrativa Submissão a decisão do CA de situações excecionais	
Existência de conflito de interesses	3	3	9	Legislação aplicável e normas internas que obrigam os profissionais a declararem a existência de conflitos de interesses Identificação e registo das situações de impedimento na composição dos júris de procedimento Publicação na página eletrónica da ULSM das declarações de incompatibilidades nos elementos dos júris e comissões técnicas de análise Obtenção de declarações dos interesses privados dos profissionais envolvidos na contratação pública	SC e SGRH
Clausulado do contrato ambíguo, pouco claro, com lacunas que possam implicar o agravamento dos custos contratuais ou o incumprimento de prazos de execução	3	3	9	Verificação da adequação do clausulado Parecer de conformidade legal e administrativa Verificação do clausulado face ao caderno de encargos	SC
Incumprimento dos requisitos legais que ponham em causa a execução do contrato ou de alguma forma a sua não inclusão acarrete ónus para a ULSM	3	3	9	Parecer de conformidade legal e administrativa Verificação do conteúdo do contrato	SC e GC
Inobservância dos pressupostos legais previstos para a existência de “trabalhos complementares”, nomeadamente: Se os “trabalhos complementares” respeitam a “obras novas”; Se os “trabalhos complementares” não podem ser técnica ou economicamente separados do objeto do contrato sem inconvenientes graves para a entidade adjudicante, ou ainda, que sejam separáveis são necessários à conclusão do objeto contratual;	3	3	9	Verificação da natureza dos “trabalhos complementares”, concretamente os aspetos técnicos e jurídicos Verificação de ocorrência imprevista e imprevisível que originou “trabalhos complementares” Verificação da impossibilidade técnica e económica de separação de “trabalhos complementares” do objeto do contrato sem inconvenientes graves para a entidade adjudicante, ou, ainda que sejam separáveis, são necessários à conclusão do objeto contratual	SIE e SC

Área: Contratação Pública					
Evento	P	I	RI	Controlos	Responsáveis
<p>Se os “trabalhos complementares” resultam de uma circunstância imprevista;</p> <p>Se os montantes de “trabalhos complementares” não ultrapassa os limites legais;</p> <p>Se o contrato de “trabalhos complementares” é formalizado por escrito</p>				<p>Formalização por escrito do contrato de “trabalhos complementares”</p> <p>Acompanhamento regular do desempenho do contratante por profissionais que não tiveram intervenção no processo de contratação</p>	
Controlo desadequado ou inexistente da execução do contrato	3	3	9	<p>Acompanhamento regular do desempenho do contratante por profissionais que não tiveram intervenção no processo de contratação</p> <p>Empreitadas: Fiscalização interna efetuada por técnico que não intervir no processo de contratação ou fiscalização externa</p> <p>Outros contratos: Planos de monitorização interna, enviados ao CA para conhecimento com eventuais medidas corretivas</p>	SC, GC e SIE
<p>Deficiente acompanhamento e avaliação do contratante de acordo com os níveis de quantidade e/ou qualidade estabelecidos no contrato e documentos anexos, designadamente:</p> <p>Inexistência de relatórios de avaliação do desempenho do contratante;</p> <p>Controlo deficiente dos custos do contrato, tendo em conta o valor orçamentado;</p> <p>Inexistência de ensaios e/ou controlo de qualidade aos bens e serviços adquiridos/obra executada, prévios à sua aceitação</p>	3	3	9	<p>Avaliação periódica dos bens e serviços adquiridos/obra executada efetuados por mais do que um profissional e obrigatoriamente por quem não interveio no processo de contratação</p> <p>Registo do desvio temporal e financeiro entre o adjudicado e o executado, bem como as respetivas causas</p> <p>Nomeação do gestor do contrato</p> <p>Avaliação de fornecedores</p> <p>Monitorização dos custos adicionais</p>	SIE, GC e SC
Ausência de advertências, desde que detetadas situações irregulares, ou derrapagem no custos e nos prazos	3	3	9	<p>Envio de advertências, em devido tempo, ao fornecedor/prestador de serviços, logo que se detetem situações irregulares e/ou derrapagem de custos e de prazos contratuais</p> <p>Nomeação do gestor do contrato</p>	SC, GC e SIE

Área: Contratação Pública					
Evento	P	I	RI	Controlos	Responsáveis
Incumprimentos dos procedimentos internos e da legislação aplicável	3	3	9	Auditorias internas periódicas efetuadas pelo Serviço com o objetivo de aferir do cumprimento dos procedimentos instituídos Parecer de conformidade legal e administrativa	SC
Adjudicação não autorizada	3	3	9	Submissão de todas as adjudicações à aprovação superior de acordo com a delegação de competências instituída	SC e CA

Área: Recursos Humanos					
Evento	P	I	RI	Controlos	Responsáveis
Indefinição na organização do serviço.	2	3	6	Funções definidas no regulamento interno, com as respetivas dependências hierárquicas  Regulamento interno do Serviço e procedimentos de controlo interno, com atribuição e definição de todas as funções existentes no Serviço  Segregação de funções	CA e SGRH
Erros no processamento dos vencimentos, nomeadamente:  Inadequado registo dos tempos trabalhados;  Inadequado controlo de assiduidade;  Inadequado controlo e autorização de trabalho suplementar e extraordinário; Processamento de abonos e descontos não autorizados; Erros ou omissões no registo de alterações mensais (faltas, horas extra, remunerações não regulares);  Erro na atribuição de dias de férias.	3	3	9	Registo biométrico implementado  Regulamento interno do Serviço e procedimentos de controlo interno  Segregação de funções  Ações de formação periódicas para melhorar o desempenho dos profissionais  Aplicação informática com cálculo automático dos dias de férias  Integração entre as aplicações de controlo de assiduidade e processamento de vencimentos	SGRH e Chefias
Contratação sem critérios previamente definidos	3	3	9	Definição fundamentada do perfil dos profissionais a contratar	CA e SGRH
Utilização excessiva de mecanismos excecionais de promoção na carreira	3	3	9	Cumprimento da legislação aplicável, das normas instituídas e SIADAP	CA, SGRH
Deficiente avaliação das necessidades de contratação.	3	3	9	Plano de atividades dos Departamentos/Serviços/Unidades com identificação das necessidades de recursos humanos	CA, Departamentos, Serviços e Unidades

Área: Recursos Humanos					
Evento	P	I	RI	Controlos	Responsáveis
Utilização excessiva do recurso ao trabalho extraordinário como forma de suprir necessidades permanentes dos serviços.	3	3	9	Planos de trabalho e procedimento de autorização prévia de trabalho extraordinário	CA e SGRH e Direção dos Serviços
Deficiente avaliação dos profissionais deficiente, designadamente:  Objetivos desajustados às tarefas realizadas;  Potencial discricionariedade no processo de avaliação do profissional;  Deficiente fundamentação das decisões da avaliação.	3	2	6	Verificação do cumprimento das normas instituídas para aplicação do SIADAP.	SGRH e CCA
Conflito de interesses.	2	2	4	Código de Conduta Ética  Política de conflitos de interesses  Legislação aplicável e normas internas que obrigam os profissionais a declararem a existência de conflitos de interesses  Todos os funcionários que se encontram em regime de acumulação de funções devem solicitar autorização ou informar o Conselho de Administração, consoante o aplicável	CA
Delegação de competências, designadamente:  Abuso da autoridade delegada;  Exercício indevido da autoridade delegada.	2	3	6	Publicação em Boletim Informativo das delegações e subdelegações de competências  Identificação das decisões tomadas sob delegação e subdelegação de competências	CA



Área: Sistemas de Informação					
Evento	P	I	RI	Controlos	Responsáveis
Fornecer informações não autorizadas a terceiros	2	3	6	Procedimentos de deteção e violação do dever de sigilo <i>Data Protection Officer</i> Conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados	DTI, SPCG e DPO
Aceder a informação indevida	3	3	9	Perfis de acesso criados em função da categoria profissional, partindo sempre do princípio do minimizado acesso a dados Alteração periódica das senhas de acesso	DTI
Manipulação ou destruição de dados.	3	3	9	Níveis de segurança e controlo dos acessos à informação Responsabilização dos titulares das senhas de identificação pela sua utilização <i>Data Center</i> com sistema de monitorização e controlo e acesso restrito a profissionais autorizados Cumprimento de normas e legislação na área de cibersegurança Inspeções físicas regulares	DTI
Partilha de senhas entre os utilizadores	3	3	9	Responsabilização dos titulares das senhas de acesso pela sua utilização, conforme previsto no procedimento interno	DTI e todos os utilizadores
Sessões de trabalho abertas sem a presença do respetivo utilizador	3	3	9	Responsabilização dos titulares das senhas de acesso pela sua utilização Procedimentos internos de segurança	DTI e todos os utilizadores
Deficiente integração entre aplicações informáticas	3	3	9	Análise da informação de erro gerada pelas aplicações aquando da integração	DTI, SGF, SPCG, SC, SL, SF e SGRH
	3	3	9	Reforço e/ou atualização nos mecanismos tecnológicos de segurança ( <i>firewall</i> , antivírus, anti- <i>spam</i> , ...)	

Área: Sistemas de Informação					
Evento	P	I	RI	Controlos	Responsáveis
Roubo ou perda de informação institucional, podendo colocar em causa a privacidade da informação do utente e a “continuidade de serviço” (Ciberataques)				<p>Sessões de formação/sensibilização e alertas para consciencializar os utilizadores para o problema e informá-los sobre as Boas Práticas a adotar com este tipo de situações;</p> <p>Auditorias de segurança</p> <p>Reporte de incidentes às entidades que gerem a situação a nível nacional</p>	DTI e todos os utilizadores
Contratualização inadequada de serviços de assistência técnica	2	3	6	<p>Gestor do Contrato</p> <p><i>Service Level Agreement</i></p> <p>Avaliação do desempenho do fornecedor do serviço</p>	DTI
Interrupção de serviços fornecidos pelos sistemas de informação	3	3	9	Procedimentos de atuação em caso de falha dos sistemas de informação e plano de contingência	DTI e todos os serviços

Área: Financeira					
Evento	P	I	RI	Controlos	Responsáveis
Incumprimento do contrato programa	3	3	9	Monitorização do contrato programa	SPCG
Registo de transações na contabilidade, nomeadamente: Não registadas; Anuladas sem autorização; Registadas incorretamente; Alteradas.	3	3	9	Conferência das transações Segregação de funções Monitorização da execução das tarefas Integração automáticas entre aplicações informáticas Manual de procedimentos administrativos e contabilísticos	SGF
Apropriação ou movimentos indevidos de dinheiro	3	3	9	Verificação periódica dos valores à guarda do tesoureiro Comparar valor cobrado e valor depositado Procedimento de conferência de recebimento de taxas moderadoras Conferência dos valores recebidos Segregação de funções	SGF e área de cobrança
Recebimento de taxas moderadoras sem a impressão do respetivo recibo	3	1	3	Alerta aos utentes da obrigatoriedade dos serviços emitirem o recibo Procedimento interno sobre recebimento de taxas moderadoras	Área de cobrança
Atribuir isenções de taxas moderadoras sem o comprovativo legal	3	1	3	Arquivo dos comprovativos que originaram a isenção das taxas moderadoras	Secretariados clínicos
Prescrição de dívida de terceiros	3	2	6	Procedimento de cobrança de dívida de terceiros	SGF, GJ
Anular recibos sem justificação	3	2	6	Procedimento interno sobre recebimento de taxas moderadoras Verificar se os recibos anulados estão arquivados e qual a justificação	SGF e área de cobrança

Área: Financeira					
Evento	P	I	RI	Controlos	Responsáveis
Utilização indevida do fundo de maneo	2	2	4	Procedimento de utilização de fundo de maneo Conferências regulares do fundo de maneo	SGF áreas com fundo de maneo
Pagamentos indevidos, nomeadamente: Despesa sem prévio cabimento; Despesas que não foram efetivamente realizadas; Valor pago diferente do faturado; Antes de obtenção do visto do TC; Após decisão de recusa do visto do TC.	3	3	9	Manual de procedimentos administrativos e contabilísticos Procedimento de conferência de contas a pagar	SGF
Controlo inadequado dos depósitos bancários	3	2	6	Segregação de funções Reconciliações bancárias	SGF
Faturação deficiente, nomeadamente: Atraso na faturação; Faturar serviços não prestados; Não faturar os serviços prestados.	3	2	6	Respeitar os prazos legalmente estabelecidos Compara serviços prestados e faturação emitida Procedimento para a faturação de serviços prestados Manual de procedimentos administrativos e contabilísticos	SGF
Sistema de cobrança ineficiente	3	2	6	Procedimentos de cobrança Questionar os serviços e obter justificações	SGF
Informação financeira inadequada	2	3	6	Verificar a solidez da informação fornecida Certificação legal de contas Análise dos ficheiros de erros de integrações	SGF, ROC

Área: Financeira					
Evento	P	I	RI	Controlos	Responsáveis
				Integração automáticas entre aplicações informáticas Análise crítica da informação disponibilizada	
Compras não autorizadas	3	3	9	Assunção de compromissos de acordo com a delegação de competências Compromisso sujeito a autorização prévia	CA e SC
Notas de encomenda incorretas	3	3	9	Comparar autorizações de compra com as notas de encomenda Centralização da emissão de notas de encomenda em um único serviço	SC
Produtos em quantidades excessivas.	3	3	9	Definir níveis de <i>stock</i>	SL, SF e serviços com armazém ou <i>stock</i> avançados
Entrada/saída e bens não autorizada	3	3	9	Procedimentos de receção e circulação de bens Uma única porta de entrada/saída	SL e SIE
Receção de serviços, materiais e bens não registados	3	3	9	Segregação de funções Análise de encomendas em atraso ou não satisfeitas	SC e SF
Inadequado movimento de existências	3	3	9	Verificação dos registos de entradas e saídas de armazém e confrontar com os pedidos internos Registo de entradas centralizado Registo das devoluções ao armazém	SL e SF
Inventário físico de consumíveis/imobilizado deficiente	3	3	9	Procedimento de inventários Inventário anual	SL, SIE, SF e serviços com armazém ou <i>stock</i> avançado

Área: Financeira					
Evento	P	I	RI	Controlos	Responsáveis
Apropriação indevida de bens públicos	3	3	9	Verificação aleatória, da existência física dos bens, efetuada periodicamente Uma única porta de entrada/saída	SIE e SL
Abates sem autorização	2	3	6	Autorizações para a realização de abates Procedimento com instruções sobre a forma de proceder a abates	SIE, SGF e SF

Área: Produção					
Evento	P	I	RI	Controlos	Responsáveis
Incumprimento do contrato programa	3	3	9	Monitorização do contrato programa Planos de atividades Contratualização interna com os serviços alinhada com o contrato programa da ULSM Monitorização da contratualização interna	CA, SPCG, CG e GC
Deficiente registo da produção realizada	3	3	9	Verificação da qualidade dos registos Formação periódica dos funcionários Procedimentos de controlo interno Monitorização da produção realizada Verificação da qualidade dos registos	CG, SPCG e ULGA
Produção realizada sem justificação/autorização	3	3	9	Monitorização da produção realizada Planos de atividades <i>Guide lines</i> Contratualização interna	CA, SPCG, CG
Incumprimento dos TMRG	3	3	9	Monitorização das listas de espera	ULGA
Deficiente utilização da capacidade instalada	3	3	9	Monitorização da produção realizada Produção externalizada precedida de justificação e autorização	CA, GC e SPCG



## Estratégias de aferição do plano

O serviço de auditoria interna elabora o PPRG e o relatório anual de execução do plano.

### Responsabilidade

A responsabilidade pela implementação e execução do plano de prevenção de riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas é do dirigente do departamento/serviço/unidade, na parte respetiva.

### Reavaliação

O plano de prevenção de riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas é um instrumento que deve ser reavaliado anualmente, isto porque as organizações são dinâmicas e funcionam em ambientes dinâmicos. Essa reavaliação deve:

- Ter em conta as alterações que possam ter ocorrido na organização e/ou no meio em que está inserida e que provoquem novos eventos e/ou eventos cujo risco não está devidamente avaliado;
- Aferir se os controlos implementados são eficazes;
- Identificar oportunidades de melhoria.

A reavaliação da adequabilidade do plano é da responsabilidade do dirigente do departamento/serviço/unidade, na parte respetiva.

### Monitorização

Sem monitorização não há garantias de um controlo adequado. A monitorização do plano será realizada pela Auditoria Interna que efetuará ações de auditoria periódicas com o objetivo de verificar o cumprimento dos mecanismos implementados para responder aos riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas e aferir se as medidas adotadas são adequadas aos objetivos pretendidos.

### Relatório de execução

O Serviço de Auditoria Interna efetua o controlo periódico do plano no sentido de verificar a sua implementação e aplicação.

No primeiro trimestre do ano n+1 elabora o relatório de execução do plano do ano n que é aprovado e submetido pelo conselho de administração ao conselho de prevenção da corrupção e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

## Glossário

**Abuso de poder** – Comportamento do funcionário que abusa de poderes ou viola deveres inerentes às suas funções, com intenção de obter, para si ou para terceiro, benefício ilegítimo ou causar prejuízo a outra pessoa.

**Concussão** – Conduta do funcionário que, no exercício das suas funções ou de poderes de fato delas decorrentes, por si ou por interposta pessoa com o seu consentimento ou ratificação, receber, para si, para o Estado ou para terceiro, mediante indução em erro ou aproveitamento de erro da vítima, vantagem patrimonial que lhe não seja devida, ou seja superior à devida, nomeadamente contribuição, taxa, emolumento, multa ou coima.

**Conflitos de interesses** - Há conflitos de interesses sempre que os profissionais tenham interesse pessoal ou patrimonial em decisão que seja da sua competência, em cuja preparação participem ou que de algum modo possam influenciar.

**Corrupção** – A prática de qualquer ato ou a sua omissão, seja lícito ou ilícito, contra o recebimento ou a promessa de uma qualquer compensação que não seja devida, para próprio ou para terceiros.

**Corrupção passiva para ato lícito** - O profissional que por si, ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, sem que lhe seja devida, vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, para um qualquer ato ou omissão não contrários aos deveres do cargo, ainda que anteriores àquela solicitação ou aceitação.

**Corrupção passiva para ato ilícito** - O profissional que por si, ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, sem que lhe seja devida, vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, para um qualquer ato ou omissão contrários aos deveres do cargo.

**Evento** – Incidente ou ocorrência com origem externa ou interna que afeta a implementação da estratégia ou a concretização de objetivos.

**Infrações conexas** – São exemplo de infrações conexas do crime de corrupção: o suborno, o peculato, o abuso de poder, a concussão, o tráfico de influência e a participação económica em negócio. Todos estes exemplos têm em comum a obtenção de uma vantagem (ou compensação) não devida.

**Interesse pessoal ou patrimonial** - Por interesse pessoal ou patrimonial entende-se qualquer vantagem ou o afastamento de uma desvantagem, ainda que meramente potencial, para si próprios ou para outrem.

**Participação económica em negócio** – Comportamento do funcionário que, com intenção de obter, para si ou para terceiro, participação económica ilícita, lesar em negócio jurídico os interesses patrimoniais que, no todo ou em parte, lhe cumpre, em razão da sua função, administrar, fiscalizar, defender ou realizar

**Peculato** – Conduta do funcionário que ilegítimamente se apropriar, em proveito próprio ou de outra pessoa, de dinheiro ou qualquer coisa móvel, pública ou particular, que lhe tenha sido entregue, esteja na sua posse ou lhe seja acessível em razão das suas funções.

**Probabilidade de ocorrência** – representa a possibilidade de um dado evento se verificar.

**Probabilidade de ocorrência alta** - O risco decorre de um processo corrente e frequente da organização. Potencial para ocorrer diversas vezes ao longo de um ano.

**Probabilidade de ocorrência baixa** – O risco decorre de um processo que apenas ocorrerá em circunstâncias excecionais. Improvável que ocorra.

**Probabilidade de ocorrência média** - O risco está associado a um processo esporádico da organização que se admite que venha a ocorrer ao longo do ano. Pode ocorrer mais do que uma vez ao longo de um ano.

**Risco** – É a possibilidade de determinado evento suceder e que, caso aconteça, terá um impacto na consecução dos objetivos traçados pela organização.

**Risco inerente** – Risco existente sem ter em conta as medidas de controlo interno implementadas para diminuir a probabilidade de ocorrência.

**Risco residual** – Risco remanescente após a implementação do controlo interno.

**Segregação de funções** – Separação de funções potencialmente conflitantes, especialmente as funções que se relacionam com a autorização, execução, controlo e contabilização das operações ou atividades, por forma a reduzir o risco de erro ou ações não apropriadas.

**Suborno** – Prática um ato de suborno quem convencer ou tentar convencer outra pessoa, através de dádiva ou promessa de vantagem patrimonial ou não patrimonial, a prestar falso depoimento ou declaração em

processo judicial, ou a prestar falso testemunho, perícia, interpretação ou tradução, sem que estes venham a ser cometidos.

**Tráfico de influência** – Comportamento de quem, por si ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, para abusar da sua influência, real ou suposta, junto de qualquer entidade pública.





